DU

CURETTAGE DE L'UTÉRUS

SANS ABAISSEMENT FORCÉ A LA VULVE

ET D'UNE

MÉTHODE DE DRAINAGE UTÉRIN

AU MOYEN DU CRIN DE FLORENCE

PAR

Le Docteur Prosper BOUTEIL

DE LA FACULTÉ DE PARIS

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

MÉDAILLE DE BRONZE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

ANCIEN INTERNE DE SAINT-LAZARE (CONCOURS DE 1891)



PARIS

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

4, Rue Antoine-Dubois, 4

1893

INTRODUCTION

L'origine et le processus infectieux des lésions utérines et de leurs complications du côté des annexes, du tissu péri-utérin et du péritoine pelvien, sont aujourd'hui acceptés par tous ceux qui s'occupent de gynécologie. Un point les divise : c'est la thérapeutique à opposer à ces lésions.

« A (1) côté des cas de pratique qui restent litigieux, il est des principes généraux sur lesquels chacun s'entend ou à peu près ». Ces principes sont ceux que M. le professeur Le Dentu a inscrits au fronton de son étude clinique « sur le traitement des affections inflammatoires de l'utérus » et qu'il recommande de ne jamais perdre de vue.

Le premier, le plus important « c'est que la thérapeutique des affections des annexes est étroitement solidaire de celle des affections de l'utérus, comme ces affections elles-mêmes sont solidaires de celles de la matrice. »

Le second, « c'est que d'une façon générale les

(1) Second : Rapport sur le traitement des suppurations pelviennes au Congrès de Bruxelles.

grandes interventions chirurgicales doivent être réservées autant que possible pour les formes chroniques. »

Avant M. Le Dentu, M. le professeur Trélat avait proposé la règle suivante : « Abstraction faite des cas d'urgence pour cause de volume, de rupture imminente ou effectuée, ou d'accidents fébriles renouvelés quand une femme est atteinte à la fois d'endométrite et de salpingo-ovarite il y a lieu de traiter l'endométrite et d'observer les résultats de ce traitement avant de recourir à l'extirpation des annexes. (Société de chirurgie, 5 mars 1890).

M. Segond, dans le remarquable rapport « Sur les suppurations pelviennes » fait au Congrès de Bruxelles (septembre 1892), « conseillait de s'efforcait de prévenir les nécessités des opérations excessives, et pour cela, de faire une thérapeutique utérine rigoureuse, bien dirigée à partir du moment où des signes d'infection apparaissent dans l'appareil génital. » Cette thérapeutique utérine qu'il préconisait, c'était l'antisepsie vaginale, le curettage, la dilatation large et le drainage de l'utérus.

Ainsi, de l'avis même des chirurgiens qui, par leurs aptitudes et leurs succès opératoires sont parmi les premiers, et les meilleurs de ceux qu'on croirait à priori partisans des opérations radicales sur l'utérus, les trompes et les ovaires, l'hystérectomie et l'incision abdominale ne sont pas toujours des interventions salutaires. Si la gravité de l'acte opératoire ne doit plus arrêter le chirurgien, l'avenir de l'opérée et la suppression de toute éventualité de conception ont

une gravité morale suffisante pour entrer en ligne de compte dans son esprit.

Certes, la dilatation, le curettage et le drainage ne sont pas des panacées nouvelles que nous proposerons de substituer systématiquement à toutes les autres interventions; si nous croyons que ces procédés ont droit aujourd'hui à un regain de faveur, c'est qu'ils se sont montrés assez souvent efficaces pour qu'on ait le devoir de les essayer toujours, dans les endométrites, et toutes les fois que les lésions des annexes sont encore jeunes et n'ont pas acquis une gravité suffisante ; quand elles ne sont encore que des complications récentes de l'endométrite septique.

Walton en Belgique, M. Poullet, M. Chéron M. Doléris en France n'ont cessé de défendre cette manière de voir ; ils ont publié un très grand nombre d'observations, des plus concluantes, pour démontrer combien sage, efficace et rationnelle était leur conduite. L'idéal de la bonne chirurgie n'est pas la mutilation ; c'est le respect des organes et le rétablissement de leur jeu physiologique. S'il est permis d'être radical quelquefois il faut s'efforcer de rester conservateur, et comme disait Lusk au dernier congrès triennal des chirurgiens américains, l'ablation d'un organe n'est pas une victoire mais une défaite thérapeutique.

Il faut s'entendre. Rester conservateur ce n'est pas retourner à l'expectation systématique de ces anciens gynécologues qui avaient un traitement unique pour

toutes les affections ; c'est se tenir en garde contre les exagérations opératoires et les mutilations hâtives et irréparables ; c'est ne pas oublier un seul instant que les diagnostics les plus travaillés ne sauraient prétendre à l'infaillibilité. Ne voyons-nous pas souvent accoucher à terme des femmes qui, quelques années auparavant, avaient refusé des opérations radicales pour des lésions diagnostiquées capables d'empêcher toute conception ultérieure ? Ces lésions s'étaient pourtant améliorées et même guéries par un traitement utérin bien dirigé.

La dilatation, le curettage sans abaissement et le drainage de l'utérus sont au plus haut point des procédés de thérapeutique conservatrice ; ce sont aussi les plus précieux et les meilleurs auxiliaires de la bonne gynécologie. Leur gravité opératoire est nulle, les indications en sont nombreuses, les résultats en sont parfaits.

Mais le manuel opératoire varie entre les mains des différents chirurgiens ; il varie même d'une façon assez notable pour que nous ayons pensé qu'il y aurait quelque intérêt à nous prononcer dans le choix d'un de ces différents procédés, surtout au point de vue de la technique opératoire. Sans doute, le but thérapeutique est le même quelles que soient les méthodes mises en usage ; mais les résultats obtenus diffèrent suivant qu'on a institué un traitement pré-opératoire ou qu'on a négligé de le faire, suivant qu'on a dilaté, curetté, drainé de telle ou telle façon,

et pour une même lésion, tel chirurgien accuse un insuccès là où un autre a obtenu un résultat satisfaisant.

Nous ne voudrions pas nous montrer exclusif et préconiser dans tous les cas la méthode que nous allons décrire ; mais comme elle s'applique à un très grand nombre de cas, elle est presque pour nous une règle opératoire. Cette méthode, c'est celle qu'emploie dans son service de St-Lazare, notre excellent maître M. Chéron.

Nous avons voulu montrer dans ce travail que l'abaissement forcé de l'utérus à la vulve est une manœuvre toujours inutile, quelquefois mauvaise. Elle est inutile puisque dans tous les cas, que l'utérus soit normalement situé ou qu'il ait subi une déviation, nous avons vu faire ou pu faire nous-même un curettage complet, à hauteur, c'est-à-dire l'utérus restant en place et n'ayant subi aucune traction. L'abaissement est une manœuvre mauvaise parce que nous croyons que ce n'est pas un préjugé ni un parti-pris que de le rendre responsable d'un certain nombre de méfaits, tels que prolapsus artificiellement créés, rupture d'adhérences ou de poches et même de quelques cas de mort par péritonite consécutive que d'autres attribuent à un oubli des règles de l'antisepsie. Nous regrettons de ne pouvoir appuyer notre affirmation sur des documents nombreux. Personne n'ignore combien il est difficile de se procurer des documents de cette sorte. Nous rapportons cependant deux observations où la mort semble bien avoir été causée par les manœuvres de traction exercées sur l'utérus, l'antisepsie la plus

minutieuse ayant présidé au curettage pour lequel on fit les tractions.

Nous avons eu encore pour but de faire connaître un mode de drainage de l'utérus simple, facile, rationnel : c'est le drainage au moyen du crin de Florence réalisé par M. Chéron.

Nous sommes heureux de pouvoir affirmer notre reconnaissance envers M. le professeur Debove pour l'extrême bienveillance qu'il nous a témoignée en permettant d'être son externe et en acceptant aujourd'hui de présider notre thèse.

M. le docteur Chéron, médecin de St-Lazare dont nous avons eu l'honneur d'être l'interne pendant plus de deux ans, nous a inspiré le sujet de notre travail qui, malgré ses imperfections, est un peu l'image de sa pratique hospitalière.

Ce maître nous a libéralement prodigué son enseignement, il nous a encouragé et soutenu de ses conseils, il nous a donné des marques nombreuses d'amitié. Qu'il nous permette de lui offrir l'expression de notre bien vive gratitude.

Nous remercions bien sincèrement nos maîtres dans les hôpitaux, MM. les professeurs Tillaux et Pinard ; MM. Reynier, Lancereaux, Hutinel, Labbé, etc.

Notre ami, M. le Dr Batuaud, a toujours été pour nous un conseiller affectueux ; il nous a bien souvent aidé de son expérience en gynécologie ; qu'il reçoive ici l'assurance que nous lui en sommes particulièrement reconnaissant.

HISTORIQUE (1)

Le curettage n'est entré définitivement dans la pratique gynécologique française que depuis trois ans, à la suite de la discussion qui eut lieu devant la Société de chirurgie (février 1890). Jusqu'alors le curettage avait toujours été une opération discutée qui avait ses partisans convaincus et ses détracteurs.

Première période (1846-1860) : Le curettage est une conquête chirurgicale d'origine française déjà ancienne. Récamier, en 1846, fit le premier l'abrasion de la muqueuse utérine au moyen de la curette mousse qu'il venait d'inventer.

La même année Robert proclame l'innocuité du curettage et donne une bonne description des fongosités.

Marjolin se déclare partisan de l'opération pour combattre les hémorrhagies utérines rebelles.

Lisfranc parle le premier de l'abaissement en 1847. Il ne se servait point de spéculum, mais « fixait le col au moyen de deux pinces érignes et abaissait. »

Le 6 novembre 1849, Velpeau combat l'abrasion de la muqueuse, « opération inutile et redoutable. » Deux mois

(1) La Bibliographie est bien exposée dans l'excellente thèse de M. Boureau, Paris, 1888.

plus tard, P. Dubois fait, devant l'Académie, en termes très vifs, le procès du curage.

Récamier (1850) veut défendre son opération et publie dans l'*Union médicale* un mémoire où il parle « des cas d'exploration de la cavité utérine et d'abrasion de productions anormales granulées ou fongueuses dans cette cavité par des instruments, sans le concours des doigts, afin d'établir que le cathétérisme utérin est non seulement aussi inoffensif que celui de la vessie, mais qu'il est utile pour certains diagnostics et nécessaire pour le traitement de diverses maladies internes de l'utérus. »

Ce mémoire contenait seize observations d'endométrites fongueuses traitées par le curettage.

Chassaignac, Sappey, Maisonneuve pratiquèrent cette opération. Nélaton, dans ses « Leçons cliniques » parlant de l'abrasion des fongosités préconisées par Récamier, dit qu'il « est constant qu'un grand nombre de femmes en éprouvent un grand soulagement et une guérison complète. »

A cette époque, paraissent les thèses de Juteau (1850), Babu (1850), de Robinet (1853), de Ferrier (1854), « sur les végétations utérines et leur traitement. » La thèse de Ferrier fut l'objet d'un rapport favorable de A. Richard à la Société de Chirurgie (26 janvier 1855). Ce rapport fait naître une discussion très vive, à cause d'un cas de perforation de l'utérus par la curette. Tandis que Richet, Robert, Maisonneuve, Demarquay et Follin défendent la curette et citent plusieurs cas opérés avec succès, Cloquet, Michon, Hervez de Chegoin combattent le raclage. Michon nie l'existence des fongosités.

En 1858, Rouyer écrit sous l'inspiration de Nélaton, une thèse favorable à l'opération de Récamier.

Vers cette même époque (1858-1860), Aran, adversaire

redoutable, cherche à triompher non pas en montrant la pratique de Récamier comme dangereuse, mais en mettant en parallèle l'insuffisance d'action qu'il attribue à la curette et à la possibilité de s'en passer en employant d'autres moyens aussi bons. Dans ses « Leçons cliniques » il combat de toutes ses forces l'abrasion de la muqueuse utérine qu'il considère « comme un moyen dangereux et un tir à la cible les yeux fermés. » Il conclut que « l'abrasion de la muqueuse de l'utérus est une opération qui ne présente pas assez de garanties de certitude dans ses résultats et dans son mode opératoire pour être jamais tentée par un médecin prudent. »

Voici comment Becquerel qualifiait l'abrasdion ans son traité des Maladies de l'utérus : « Le raclement de la surface interne de l'utérus m'a toujours semblé barbare.... Est-il possible de croire qu'un pareil raclement sur une surface enflammée puisse s'opérer sans déterminer une exacerbation plus ou moins notable de l'inflammation et sans que les produits se renouvellent.... Je n'ai jamais moi-même pratiqué cette opération que je regarde comme irrationnelle et cruelle. Tout praticien sage doit s'en abstenir. »

Nonat qui, dès 1853, avait publié des observations de curage dans la *Gazette des hôpitaux*, recommande encore cette opération dans son « Traité pratique des maladies de l'Utérus et des annexes (1860).

A l'étranger l'opération de Récamier est peu connue. En Angleterre, Simpson (1850) et Tilt (1853) la pratiquent.

En Allemagne et en Autriche tous les chirurgiens la raillent ou la blâment.

Deuxième période (1860-1884). — Nous venons de le voir, jusqu'en 1860 le curettage, quoique discuté, était

défendu par le plus grand nombre des chirurgiens. A partir de cette époque jusqu'en 1880, ceux qui osent le pratiquer deviennent rares, et cela parce que l'on a eu à déplorer quelques cas de mort, soit par perforation, soit par péritonite.

En France. — De Sinety (1869), Courty (1870), Carpentier-Méricourt (1875), Demarquay (1876), Gallard (1877) préconisent le curage, de préférence contre les hémorrhagies.

Le 1er janvier 1881, M. Chéron publie dans la « *Gazette des hôpitaux* » une longue observation de curettage sans abaissement, et donne déjà une technique complète de cette opération. Il insiste sur la nécessité de soins pré et post-opératoires ; « je vous le répète avec conviction, écrit-il », l'abrasion des fongosités utérines à l'aide de la curette est une opération à laquelle on enlève toute gravité si on prépare le sujet et si on s'entoure de toutes les précautions antiseptiques nécessaires »

A l'étranger : En Allemagne Simon (1872) fait le curage pour les tumeurs malignes de l'utérus. Hégar, Kaltenbach et surtout Olshausen (1875) traitent les endométrites par le curage. Les gynécologues des pays de langue allemande suivent cette pratique.

En Angleterre : Tait (1877) Ducan, Playfair (1880), Hart et Barbour.

En Suisse : Rapin et Vuillet.

En Belgique : Walton et Fraipont.

En Italie : Manglagali.

En Amérique : Noggerath, A. Simpson, Lusk, Mundé, Palmer, Harrisson, etc., pratiquent le curage.

Troisième période (1884-1893). C'est la période de la renaissance du curettage. Grâce à l'introduction des

méthodes antiseptiques en gynécologie, la méthode de Récamier prend un essor nouveau. En 1884, M. Doléris dépose à l'Académie un pli cacheté sur l'écouvillonnage de l'utérus.

En 1885, M. Adriet soutient une thèse inspirée par M. Terrillon où on trouve les indications du curage « Endométrite chronique végétante ; polype muqueux sous-fibreux adénome utérin ; rétention du placenta ; môle utérine ; cancer et sarcome de l'utérus. »

Le 11 mars et le 8 juillet 1886, M. Doléris proposa à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de faire le curage de l'utérus, après abaissement, pour avortement avec rétention du placenta. MM. Pajot et Gueniot s'élevèrent contre la manière de faire de M. Doléris, en particulier contre les tractions de l'abaissement.

Dès 1886, M. Doléris avait déposé sur le bureau de la « Société de Gynécologie », un mémoire complet sur « l'Endométrite et son traitement. » Il admettait l'origine infectieuse des métrites et préconisait comme traitement « l'antisepsie vaginale, la dilatation, les tractions sur le col, le curettage, l'écouvillonnage, le tamponnement antiseptique du vagin. »

Ce mémoire vint en discussion le 13 janvier et le 10 mars 1887.

MM. Martineau, Alph. Guérin et Pajot s'élevèrent contre les théories et la pratique de M. Doléris, mais ne purent empêcher le triomphe définitif du curettage.

MM. Pozzi et Doléris font écrire par plusieurs de leurs élèves de bonnes thèses sur le curage. (Thèses de Despreaux, de Desmoulins, de Boureau, de Chartier).

M. Trélat expose ses idées dans les thèses de M. Cantin et de Mlle Finkelstein.

La laminaire conservée dans l'éther iodoformé est assez fréquemment employée. A cause de la tonicité de l'orifice interne du col elle peut subir au niveau de cet orifice un étranglement en sablier. Comme c'est avant tout l'isthme qu'il s'agit de dilater, l'effet cherché est totalement manqué. On a reproché à la laminaire d'être septique et d'être expulsée facilement.

Si la dilatation lente a l'avantage de ramollir le tissu utérin et de bien étaler l'endomètre, elle a l'inconvénient d'être douloureuse, de constituer une perte de temps pour le médecin, un ennui de plus pour la malade. Elle ne sera indiquée que lorsque l'on aura affaire à un utérus à col rigide dans toute sa hauteur, à orifice externe sténosé. Si l'on pouvait craindre des déchirures probables par une dilatation métallique trop rapide, on se servirait de la laminaire pour préparer la voie aux dilatateurs métalliques.

La durée du séjour des tentes dilatatrices dans l'utérus est de douze heures.

Pour l'introduire on prend la tente avec une pince à pansement, et la pousse avec douceur dans le col. On met un tampon antiseptique dans le vagin pour la maintenir.

Dilatation immédiate progressive.

Elle se fait au moyen des bougies. Il en existe plusieurs modèles : celles de Preasley, de Hanks, de Tait. Les plus employées en France sont celles en caoutchouc durci, en verre ou en métal, de Hegar de Fribourg.

Ce sont des tiges lisses, pleines, présentant une légère courbure et à extrémité conique et arrondie. La longueur de la bougie est de 14 centimètres; le premier numéro de la série a 0,002^{mm} de diamètre, le dernier 0,026^{mm}.

C'est un bon moyen de dilatation.

Dilatation rapide extemporanée par divulsion

On la fait au moyen d'instruments métalliques tous en forme de pince ou de spéculum bivalves et dont le mécanisme fondamental est le même : écartement des branches par pression exercée sur le manche Les uns sont à deux branches, tels ceux de Pajot, de Doléris, d'Ellinger, de Schultze, de Chéron, de Batuaud ; les autres sont à trois branches, tels sont ceux de Huguier, Sims, Scanzoni ; d'autres sont en forme de spéculum, exemple ceux de Lasnenant, Deschenais, Mathieu, etc.

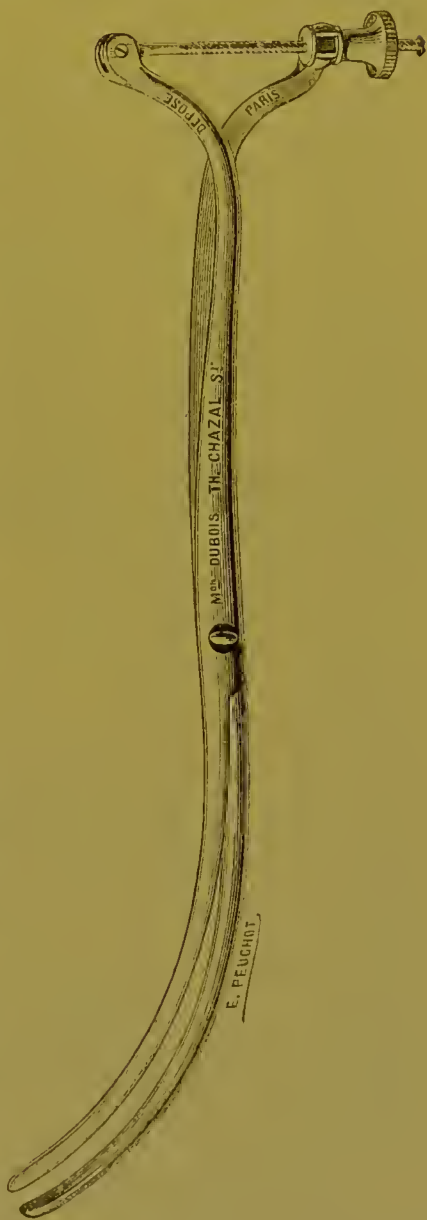


Fig. 1.

On (1) réalise facilement et rapidement une dilatation aussi large qu'on le désire en utilisant successivement le dilatateur transversal à deux branches du Dr Chéron et le dilatateur antéro-postérieur du Dr Batuaud construit sur le même principe.

Ces dilatateurs (fig. 1) sont formés de deux branches lisses, dont l'écartement se fait dans

(1) Voir la Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes (juin 1823).

Les clichés nous ont été obligeamment prêtés par la maison Chazal-Dubois.

le sens transversal pour l'un, dans le sens antéro-postérieur pour l'autre. On produit cet écartement, grâce à la manœuvre d'un écrou mobile sur une vis de rappel, réunissant les extrémités postérieures des deux branches de l'instrument.

Le modèle de l'application la plus courante possède la double courbure du cathéter de Bosemann et Fritch, c'est-à-dire que la flèche de la courbure antérieure ainsi que celle de la courbure postérieure est de 2 centimètres 1/2 à 3 millimètres. L'expérience a montré que c'est la courbure la plus commode pour introduire des instruments dans la cavité utérine, sans abaisser l'utérus. Ce dilatateur a une longueur totale de 26 centimètres ; l'articulation doit être placée plus près de la partie antérieure que de la vis d'écartement, à 16 centimètres de cette dernière environ.

Ces dilatateurs sont de précieux instruments soit pour faire une dilatation rapide, soit pour déplisser les angles de flexion du corps sur le col de l'utérus. Leur introduction en est facile, rapide et non douloureuse, elle ne nécessite jamais une dilatation préalable. Ils sont assez forts pour vaincre la résistance du tissu utérin ; ils donnent une dilatation régulière et ne laissent pas après eux de déchirures pouvant amener des inconvénients divers. Ils se démontent et se nettoient facilement. Il faut cinq minutes pour avoir une dilatation suffisante. C'est à eux que nous donnons personnellement la préférence.

Dilatation rapide sanglante ou par discision.

Cette dilatation dont on n'a jamais besoin pour faire le curettage comprend deux degrés :

1° Le débridement de l'orifice externe du col ;

2° L'incision bilatérale totale du museau de tanche.

Les instruments tranchants mis en usage sont : le métrotome, les ciseaux de Kuchenmeister.

Nous dirons comme conclusion du rapide exposé des moyens de dilatation que nous venons de faire : 1° que la dilatation métallique au moyen des dilatateurs Chéron-Batuaud répond à la grande majorité des cas ; qu'elle est suffisante pour le curettage ; qu'elle présente des garanties d'asepsie, qui nous la font préférer à toutes les autres méthodes ;

2° Que la dilatation prolongée sera indiquée chez « certaines nullipares à trajet cervical étroit, à musculature utérine puissante, à orifice interne douloureux et spasmodiquement contracté, à anteflexion concomitante très marquée ; »

3° Que dans quelques cas spéciaux les méthodes devront être associées et combinées entre elles pour mener à bien la dilatation.

CURETTAGE

Définition du Curettage.

Curettage signifie littéralement emploi de la curette. On a donné le nom de curettage de l'utérus à l'opération qui consiste soit « à (1) enlever un fragment spécimen ou la totalité de la muqueuse utérine altérée, et à débarrasser l'utérus des produits pathologiques qui l'encombrent, soit à attaquer un néoplasme de la matrice à l'aide d'une curette. »

Cette opération a successivement été appelée : *Abrasion* (Récamier), *Raclement* (Becquerel), *Raclage* (Walton), *Grattage*, *Curage*, *Curetage*, *Curettage*.

Nous n'avons en vue dans ce travail que le curettage rénovateur de l'endomètre; il ne sera nulle part question du curettage « destructeur ou palliatif (2) » (Despréaux).

(1) Pichevin. — Gazette des hôpitaux, 1890.
(2) Despréaux. — Thèse de Paris, 1887.

Technique du Curettage.

Le curettage est rarement une opération d'urgence qu'il faut faire sur l'heure ; dans quelques cas on doit intervenir sans tarder, quand il s'agit par exemple d'arrêter une hémorrhagie ou de parer à des accidents septiques suites de couches : ce sont là des exceptions.

Dans la grande majorité des cas le médecin aura tout le temps nécessaire pour préparer la malade et faire de l'antisepsie vaginale.

On ne négligera jamais de guérir les maladies contemporaines de l'endométrite qui pourraient être ultérieurement une cause de réinfection. S'il existe de l'uréthrite, de la vulvite ou de la vaginite, on les combattra par les moyens appropriés.

On défendra les rapports du mariage ; si le mari de la malade est lui-même atteint d'infection gonoccocienne aiguë ou chronique, on prescrira le traitement qui convient.

Du côté de la malade on s'efforcera d'obtenir la décongestion de l'appareil utéro-ovarien en prescrivant le repos, les pansements osmotiques régulièrement faits, la révulsion sur les points douloureux au moyen de frictions sédatives ou de vésicatoires volants, par des injections chaudes antiseptiques : on relèvera sa vitalité par les injections hypodermiques de sels de soude.

Au bout de quinze jours de ce traitement on peut porter la curette dans l'utérus, sans oublier jamais « que l'on va faire une plaie dans un terrain où pullulent des micro-organismes et ayant à chaque instant le souci d'une antisepsie exacte et minutieuse. Pendant les deux jours

qui précèderont l'opération, le médecin fera lui-même une injection vaginale de deux litres d'une solution de sublimé au $\frac{1}{1000}$ ou au $\frac{1}{2000}$ Après chaque lavage il mettra dans le vagin un tampon de gaze iodoformée ou salolée.

On ne négligera le traitement préparatoire que si l'opération doit être faite sur l'heure pour parer à un danger ou à un accident immédiat, s'il s'agit d'arrêter une hémorragie ou de combattre des accidents de septicémie par rétention du délivre. On ne se contentera pas d'un simple lavage antiseptique ; on frottera avec la pulpe de l'index ou mieux avec un écouvillon les parois vaginales jusque dans les moindres replis de la muqueuse.

Ces précautions sont indispensables si l'on veut réduire au minimum toutes les chances possibles d'infection.

Il faut autant que possible pratiquer le curettage en dehors de l'époque menstruelle, généralement sept ou huit jours après cette époque. Cependant l'hémorragie utérine n'est pas une contre indication absolue et le chirurgien se verra quelquefois forcé d'intervenir au moment où les règles sont le plus abondantes.

Il y a deux ou trois ans les gynécologistes étaient divisés sur la question de la narcose chloroformique. Nous croyons qu'il faut endormir si l'on veut faire une opération complète. Outre la suppression de la douleur, l'anesthésie permet d'obtenir la résolution musculaire complète de la paroi abdominale et de déterminer l'état des annexes par le palper bimanuel, garantie d'un diagnostic plus scientifique.

On pourrait à la rigueur substituer au chloroforme l'action anesthésique locale de la cocaïne chez les femmes courageuses. On fait sur un Playfair une poupée d'ouate

hydrophile ; on porte cette poupée trempée dans une solution de cocaïne au 1/10, dans le canal cervical ; on remplit les culs-de-sacs du vagin de tampons d'ouate imbibés de cette solution ; d'autres tampons sont placés au devant du col. De cette façon toutes les parties accessibles de l'utérus sont plongées dans un véritable bain de cocaïne. Au bout de cinq minutes on peut commencer l'opération.

La malade aura été purgée la veille de l'opération ; elle aura pris le matin, de bonne heure, un lavement glycériné pour assurer la vacuité de l'intestin et un bain tiède pendant lequel on aura bien savonné la région vulvo-génitale. Les poils auront été lavés au sublimé ou coupés ras.

Le chirurgien et ses aides ne négligeront aucune des précautions antiseptiques classiques, leurs mains et leurs avant-bras auront été soigneusement savonnés et plongés ensuite dans une solution de permanganate de potasse et de bisulfite de soude, ou dans le sublimé.

Les instruments tous entièrement métalliques auront été stérilisés par un séjour de 30 minutes dans une étuve à 140° ou soumis à l'ébullition pendant un quart d'heure puis placés dans un plateau où ils baignent entièrement dans une solution phéniquée.

Les instruments nécessaires sont :

Un grand spéculum à double mouvement et à valves parallèles ;

Plusieurs curettes tranchantes et à tige flexible ;

Des bougies de Hégar ;

Les dilatateurs à écartement transversal et antéro-postérieur ;

Un hystéromètre ;

Une sonde à irrigations intra-utérine ;

Une pince tire-balle.

A portée, se trouvera un laveur rempli d'une solution de sublimé au 1/2000 ou de toute autre solution antiseptique.

L'opérée ne portera pour tout vêtement que sa chemise et sa camisole.

La malade est portée sur la table d'opération anesthésiée et mise dans la position dorso-sacrée, les cuisses fléchies sur l'abdomen, les jambes fléchies sur les cuisses et maintenues par deux aides. On s'assure par le toucher bimanuel de l'état des annexes ; on fait un lavage du vagin ; on place le spéculum ; on met l'utérus dans l'axe de ce dernier. On introduit l'hystéromètre pour s'assurer de la direction du trajet cervico-utérin. Celle-ci connue on prend une curette à tige flexible dont on modifie la courbure suivant la nécessité de chaque cas. Si l'utérus n'a pas été dilaté à la laminaire, on pratique la dilatation extemporanée avec les dilatateurs métalliques à deux branches (dilatateur transversal et antéro-postérieur) dont on se sert successivement. Le dilatateur est progressivement ouvert jusqu'au maximum et laissé ouvert pendant cinq minutes. On le retire et on peut faire pénétrer sans difficulté la curette, surtout si on a soin de lui donner une courbure appropriée. On lui fait décrire un cercle pour s'assurer qu'elle n'est serrée en aucun point de la cavité. On la tiendra un peu obliquement par rapport à la surface interne de l'utérus. On fera le curettage du fond de l'utérus vers l'orifice externe en passant méthodiquement la curette sur les divers points de la face antérieure, sur la face postérieure, sur le fond, les angles utéro-tubaires et les bords latéraux. Chaque fois la curette est retirée, vidée

dans un peu d'alcool, flambée et trempée dans une solution antiseptique pendant qu'une autre la remplace.

De temps en temps on fait dans le vagin une irrigation froide avec de l'eau bouillie phéniquée.

Le curettage du fond et des angles utéro-tubaires ne peut être fait d'une façon complète que grâce à l'emploi des curettes latérales du docteur Batuaud.

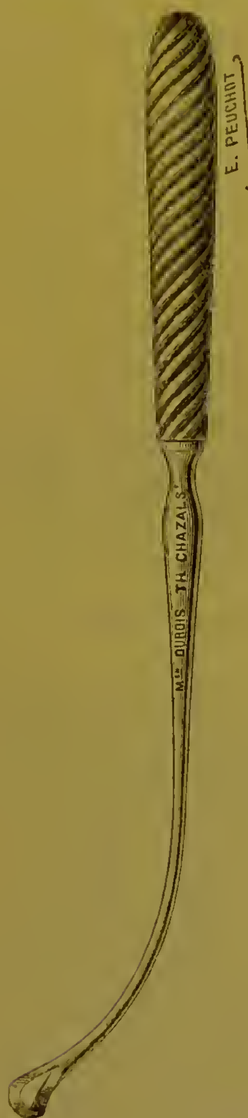


Fig. 2

J'ouvre ici une parenthèse pour décrire cet instrument qui offre de réels avantages (1). — La curette du Dr Batuaud est une curette tranchante à tige flexible, dont la partie active est disposée perpendiculairement au manche de l'instrument, de façon à attaquer l'angle droit (curette latérale droite) ou l'angle gauche (curette latérale gauche) de la cavité utérine : ces curettes latérales, simples modifications de la curette de Sims, permettent d'abraser complètement, facilement et rapidement le fond de l'utérus, ses bords latéraux et surtout les angles utéro-tubaires qui représentent souvent le siège maximum des lésions dans l'endométrite. Dans les cas de rétroversions, de rétroflexions accentuées, de rétro-déviations, la curette latérale gauche agit sur le côté droit de l'utérus et inversement. Ces curettes latérales permettent de compléter le grattage de la muqueuse sans qu'il soit nécessaire de pratiquer l'abaissement artificiel de la matrice.

(1) Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes, juin 1893.

Il ne faut pas oublier un seul point de la muqueuse malade ; ce serait le point de départ d'une récidive. Tant que l'instrument arrache la muqueuse, la main de l'opérateur se rend bien compte que la curette est sur du tissu mou. Sur le muscle utérin la résistance éprouvée est beaucoup plus grande ; la curette semble grincer et donne naissance au « cri utérin », sensation à la fois tactile et auditive, comparable au raclement d'un gros tendon fibreux. La perception de ce cri dans tous les points de la cavité utérine avertit l'opérateur qu'il est temps de s'arrêter. Il est bon toutefois de donner quelques coups de curette dans le but de ramener les quelques débris qui auraient pu s'accumuler à la paroi postérieure de l'utérus et au voisinage de l'orifice interne.

Le curage ne s'adresse pas au col utérin; s'il y a endocervicite la herse de M. Doleris, la curette à dents, l'opération de Schrœder ou d'Emmet, l'ignipuncture du col seront mises en usage pour combattre plus spécialement cette affection.

Le curettage excite énergiquement la fibre utérine ; l'organe se contracte et revient sur lui-même. Si le jeu de la curette est gêné par cette rétraction il faut rétablir la dilatation primitive au moyen des dilatateurs métalliques. Exceptionnellement l'organe s'agrandit au cours de l'opération: ce phénomène se produit pour des utérus atones et sans réaction ; il faut se garder, dans la crainte d'une perforation hypothétique, de faire une opération incomplète. La conduite à suivre c'est de vider l'utérus des caillots qu'il contient et de continuer l'opération.

En résumé, pour que le curettage donne un résultat sérieux et durable, il est nécessaire que la totalité de l'endométrium ait été minutieusement enlevé, que l'orifice

des trompes ait été nettoyé et que le cri utérin soit perçu dans tous les points de la cavité utérine sans exception.

La plupart des opérateurs parachèvent le curettage par un lavage antiseptique destiné à entraîner les derniers débris, lavage suivi d'une cautérisation intra-utérine à l'acide phénique fort, au chlorure de zinc, à la teinture d'iode, à la glycérine créosotée, au perchlorure de fer, suivant les indications. Un second lavage est nécessaire pour enlever le liquide caustique en excès.

M. Doléris, après le curettage, porte dans la cavité utérine un écouvillon imbibé de glycérine créosotée au 1/3. L'écouvillon détacherait certains débris que la curette a pu lui laisser, adhérents par quelques points : c'est un surcroît de garantie.

La plupart des chirurgiens, afin de maintenir béant l'orifice interne de la matrice, font à ce moment le drainage de l'utérus.

Pour cela, ils prennent une mince bandelette de gaze iodoformée qu'ils enfoncent progressivement à l'aide d'un hystéromètre, et en remplissent la cavité utérine ; ils renouvellent cette gaze au bout de vingt-quatre heures.

D'autres chirurgiens, et en particulier ceux qui font le curettage dans l'espoir d'obtenir l'évacuation des collections séreuses ou séro-purulentes des trompes, placent dans l'utérus, après le curettage, un drain destiné à maintenir l'isthme béant, jugeant la gaze iodoformée insuffisante pour obtenir le résultat qu'ils désirent.

Nous verrons en faisant l'historique du drainage que cette question est depuis longtemps un objet de recherches et une des préoccupations constantes des gynécologistes de tous les pays, et qu'il existe à l'heure actuelle de nombreux modèles de drains en caoutchouc, en métal, etc.

Avec M. Chéron nous donnerons la préférence au crin de Florence pour assurer le drainage de l'utérus. La description de ce drain, sa technique feront l'objet d'un chapitre spécial.

Supposons le drain mis en place et reprenons la technique de l'opération.

Après le curettage, qu'on ait ou non mis un drain dans l'utérus, on fera une dernière irrigation vaginale, on sèchera le vagin avec des tampons de ouate hydrophile, on terminera par un pansement à la gaze iodoformée.

Un tampon d'ouate hydrophile graissé de vaseline et placé à la vulve empêchera l'urine de pénétrer dans le vagin et de salir le pansement.

Les suites opératoires immédiates sont des plus simples. La malade est portée dans son lit et condamnée au repos absolu pendant au moins vingt-quatre heures, sans autre alimentation que des bouillons et du lait. S'il advient quelques légères coliques on administre une potion calmante au bromure de potassium et à la teinture d'aconit, on donnera aussi du sulfate de quinine à dose tonique. Enfin on placera en permanence un sachet de glace sur le ventre.

Il est bien établi pour nous que cette excellente opération ne donne tous les résultats qu'on en peut espérer que si on lui adjoint des soins consécutifs ayant pour but de permettre à la muqueuse nouvelle de se développer dans un milieu aseptique, de l'empêcher de se reconstituer d'une façon trop rapide et surtout de se refaire d'une façon trop exubérante et de s'hypertrophier comme la muqueuse qu'on vient d'abraser.

La malade restera au lit trois semaines environ ; le pansement sera renouvelé tous les trois jours. On répri-

mera la tendance à l'hyperplasie en faisant des attouchements de la cavité au moyen d'une poupée d'ouate montée sur la tige d'un Playfair et trempée dans une solution soit de teinture d'iode, soit de perchlorure de fer, de chlorure de zinc, de nitrate d'argent, et surtout de glycérine créosotée ou de résorcine (solution à parties égales d'eau et de résorcine).

Il est bien évident qu'un lavage antiseptique du vagin suivra l'ablation du tampon de gaze iodoformée, et qu'après chaque lavage un nouveau pansement remplacera le premier.

Si l'on craint que la congestion du parenchyme utérin ne joue un rôle dans l'hypergenèse des glandes de la muqueuse on fera des pansements glycéro-iodoformés et même de légères scarifications du col.

. Ce n'est qu'au prix de ces soins continus donné pendant six semaines ou deux mois, c'est-à-dire pendant tout le temps nécessaire à la formation de la nouvelle muqueuse, qu'on obtient par le raclage de la cavité utérine des résultats définitifs et exempts de récidive. Le succès de l'opération est dans la connaissance de ces petits moyens.

Des avantages du curettage sans abaissement.

Nous avons décrit plus haut la technique du curettage sans abaissement forcé; nous sommes convaincu qu'il suffit pour faire un bon curettage à hauteur d'avoir à sa disposition un peu d'adresse, un peu de patience et un outillage approprié, ce dernier se composant d'un spéculum à double mouvement et à valves parallèles, de curettes flexibles, des dilatateurs antéro-postérieur et transversal.

Les anciens gynécologistes pratiquaient généralement le curettage en laissant l'utérus en place. Lisfranc avait parlé de l'abaissement dès 1847. C'est à M. Doléris que nous devons la généralisation de cette pratique, malgré les protestations indignées de MM. Pajot et Guéniot. Le 11 mars 1886, M. Doléris faisait à la Société d'obstétrique une communication où entre autres choses il préconisait la traction du col. M. Pajot, répondant à M. Doléris, disait : « l'abaissement est une manœuvre dangereuse ; elle peut avoir des conséquences fâcheuses immédiates ou éloignées. D'ailleurs avec un peu d'adresse on peut parfaitement conduire les instruments dans la cavité utérine sans qu'il soit nécessaire d'abaisser la matrice. M. Guéniot déclarait de son côté que l'abaissement est une manœuvre répugnante.

Chez la femme debout, l'axe de la matrice se trouve parallèle à l'axe du détroit supérieur ; si on place la malade dans la position dorso-sacrée, en lui faisant fortement fléchir les cuisses sur l'abdomen et les jambes sur les cuisses, le corps de l'utérus, entraîné par son poids, tombe en arrière vers le rectum : son axe est alors à peu près horizontal et prend la direction de l'axe du vagin. Cette position fait en quelque sorte saillir le périnée et l'utérus se place de lui-même dans l'axe du spéculum. On comprend combien il est alors facile d'introduire dans la cavité utérine des instruments à manche suffisamment long.

« Les connexions de l'utérus avec la vessie en avant, avec les ligaments larges et les ligaments ronds sur les côtés, servent bien moins à le soutenir qu'à l'orienter. En arrière au contraire l'utérus est solidement fixé par les ligaments utéro-sacrés, qui attachent au niveau du col

leurs faisceaux *inextensibles et résistants* » (Pozzi, Traité de gynécologie).

C'est en raison de cette inextensibilité et de cette résistance des ligaments que nous ne saurions concevoir comme inoffensives les manœuvres de l'abaissement forcé. Chez les déprimées et les neurasthéniques, les ligaments suspenseurs de l'utérus sont lâches, extensibles, sans tonicité, l'abaissement se fait très facilement, mais l'utérus ne remonte plus; ce sont des malades vouées à l'hystérectomie ou au port des pessaires. Souvent, il existe en même temps que l'endométrite des phlegmasies periutérines, salpingo-ovarites, périmétrites et paramétrites. Nous savons que le curettage peut rendre les plus grands services précisément dans ces cas où l'abaissement de l'utérus ne serait pas sans danger.

D'ailleurs, y a-t-il un réel avantage, quand l'intervention se borne à un curettage, à amener le col à la portée des doigts? N'est-il pas suffisant qu'il soit apparent au fond du spéculum? L'écartement des valves du spéculum tend les culs-de-sac du vagin à la façon d'un pessaire, donne à l'utérus un point d'appui, qui non seulement empêche l'organe de disparaître au cours de l'opération, mais l'immobilise et supprime les vascillations perpétuelles imprimées nécessairement à la curette et qu'elle transmet à l'utérus en les exagérant.

Un des plus grands avantages de l'abaissement serait de permettre la rectification du trajet cervico-utérin s'il existe un angle entre le corps et le col. Il n'est pas besoin pour obtenir ce résultat de faire l'abaissement à la vulve: la simple fixation du col au moyen d'une pince tire-balle permet dans tous les cas le redressement; la traction sera des plus légères, les valves du spéculum en limitant l'étendue.

On a accusé le curettage à hauteur de rendre difficile l'introduction des instruments dans l'utérus. Cette objection nous semble peu fondée; toujours l'introduction des instruments nous a paru facile après la dilatation métallique extemporanée. Les dilatateurs à deux branches dont nous nous servons font à la fois une dilatation suffisante et redressent l'angle de flexion et les irrégularités du canal s'ils existent.

Nous reprocherons à l'abaissement de limiter le curettage au traitement de l'endométrite chronique exempte de toute lésion du côté des annexes.

Le curettage avec abaissement est contre-indiqué non seulement par tous les états aigus ou subaigus de l'utérus et des annexes, mais par toutes les phlegmasies péri-utérines, salpingo-ovarites, périmétrites, paramétrites éteintes, qui ont laissé des reliquats, des dépôts plastiques, des brides autour de l'utérus. Tout chirurgien prudent craindra de voir se rallumer les foyers anciens à la suite des tiraillements et des manœuvres de l'abaissement ; l'antisepsie la plus rigoureuse ne saurait l'en préserver. On sait combien facilement passent inaperçues les phlegmasies péri-utérines, à la période initiale ; on sait aussi combien il est difficile de diagnostiquer au début une salpingite catarrhale d'avec une salpingite purulente; puisqu'il en est ainsi, la prudence la plus élémentaire conseille l'abstention ou l'emploi d'une méthode exempte de danger, comme le curettage à hauteur.

Il est encore des cas nombreux où le chirurgien se voit forcé de faire le curettage pour des utérus qui ne s'abaissent pas ; en cas de tumeurs fibreuses par exemple.

Faudrait-il qu'il se privât alors volontairement des bons résultats que donne le curettage en permettant d'attendre la ménopause.

L'abaissement constitue un véritable danger dans certains cas de kystes salpingiens ou d'abcès péri-ovariques dont la rupture a parfois été provoquée par cette manœuvre. Nombreuses sont les observations où, par suite des tractions exercées sur l'utérus, il s'est fait des ruptures de trompes ou de poches contenant du pus. La mort survient au bout de quelques jours malgré la laparatomie tentée comme dernière ressource.

Nous rapportons à la fin de notre travail deux cas de mort imputables à l'abaissement (observations I et II). Ces cas de mort se sont produits alors que les règles les plus minutieuses de l'antisepsie avaient été observées ; l'abaissement était seul responsable des accidents survenus.

Pour toutes ces raisons nous croyons conclure :

1° Que le curettage de la cavité utérine peut être pratiqué facilement sans abaisser l'utérus à la vulve, à la condition d'avoir à sa disposition un outillage spécial et d'ailleurs peu compliqué ;

2° Que ce curettage à hauteur nous semble la méthode de choix, toutes les fois que des lésions péri-utérines (lésion des annexes, pelvi-péritonite, résidus d'abcès pelviens) compliquant l'endométrite, rendent l'abaissement artificiel difficile ou dangereux ;

3° Que ce curettage sans abaissement de l'utérus représente une opération aussi complète et aussi efficace que le curettage avec abaissement, si l'on sait donner aux curettes la courbure appropriée à chaque cas et si l'on prend soin de faire méthodiquement l'abrasion de la muqueuse ;

4° Qu'il n'est permis d'abaisser que dans quelques cas exceptionnels d'endométrite isolée, ou quand il sera nécessaire de faire sur le col des opérations anaplastiques (Opération de Schrœder, d'Emmet, de Martin, etc.).

Indications de curettage

Nous avons décrit sous le nom de curettage tout une méthode à chacun des éléments de laquelle échoit un but à réaliser. En traitant ici des indications du curettage nous avons en vue non pas l'opération isolée qui se bornerait à l'abrasion de la muqueuse corporéale, mais l'ensemble des moyens capables de se montrer efficaces dans le traitement des affections utérines.

Endométrite chronique. — Le curettage est le traitement par excellence de l'endométrite chronique du corps de l'utérus. Cette opération est indiquée dans tous les cas d'endométrite qui ont résisté aux moyens de douceur : repos, injections chaudes, cure thermale, scarifications et attouchements, pansements osmotiques, etc. L'intensité des symptômes, la chronicité de la maladie, le curettage explorateur serviront de guide pour l'opportunité du traitement radical.

S'il y a de la cervicite en même temps que de l'endométrite, l'amputation du col par la méthode de Schrœder, la trachélorraphie d'Emmet, le hersage de M. Doléris trouveront leur emploi.

Hémorrhagies utérines. —Le curettage est le spécifique des hémorrhagies de cause utérine, c'est-à-dire liées à une altération anatomique de l'endomètre.

L'endométrite hémorrhagique apparait fréquemment dans

les deux ou trois mois qui suivent un avortement ou un accouchement à terme, surtout quand il y a eu des soins insuffisants. Elle évolue d'ordinaire sans fièvre, sans douleurs vives, elle se caractérise par des pertes, disparaissant sous l'influence du repos, reparaissant quand la malade se lève et marche.

Cette endométrite hémorrhagique peut passer à l'état chronique. D'autre fois la forme chronique débute à une époque plus éloignée de l'accouchement ou de la fausse couche, ou survient même chez des femmes qui n'ont jamais accouché, parfois même chez des jeunes filles : c'est l'exception.

Les pertes sont ou des métrorrhagies ou des ménorrhagies ; d'autre fois la malade est constamment dans le sang. Ce sont des fongosités, des petits polypes disséminés comme des grains sur la muqueuse utérine qui sont cause des hémorrhagies.

La forme d'endométrite hémorrhagique post-puerpérale récente guérit parfois spontanément ; la forme chronique indique formellement le curettage ; la guérison est à peu près certaine après l'abrasion des fongosités des polypes et de la muqueuse.

Hémorrhagies symptomatiques des tumeurs fibreuses. — On admet généralement que les hémorrhagies dans les cas de tumeurs fibreuses sont causées par l'endométrite qui accompagne le fibrôme. La castraction en provoquant l'atrophie précoce du fibrôme, la myomectomie en supprimant la tumeur arrêtent les hémorrhagies. Mais ces opérations ont encore une mortalité assez grande et d'un autre côté les fibrômes ne donnent souvent lieu qu'à des symptômes anodins. Le curettage associé au traitement médical rendra de grands services en faisant

cesser l'hémorrhagie, qui est le symptôme le plus inquiétant et en permettant d'attendre l'atrophie spontanée de la tumeur à la ménopause.

Hémorrhagies symptomatiques du cancer de l'utérus. — Dans le cancer du col la curette abrasera les tissus malades et ne s'arrêtera que quand elle aura mis à nu les tissus sains.

Dans le cancer du corps, l'hystérectomie vaginale est l'opération de choix. Mais si cette opération est contre-indiquée par l'envahissement des organes voisins, par l'âge de la malade, par sa santé générale, le curettage pourra rendre de grands services. En supprimant les *hémorrhagies et la leucorrhée fétide* il fera disparaître l'anémie et l'intoxication par résorption putride, et pour un temps donnera à la malade l'illusion de la guérison.

La dysménorrhée pseudo-membraneuse par les accidents qu'elle provoque est justiciable dans certains cas du curettage.

Curettage puerpéral. — Le curettage est indiqué par les accidents septiques qui ont leur point de départ dans l'utérus soit après l'avortement, soit après l'accouchement à terme qu'il y ait ou non rétention totale ou partielle du placenta ou des membranes.

La septicémie puerpérale constitue une indication vitale pressante, ou bien prophylactique des endométrites et des salpingites ultérieures.

« La septicémie puerpérale, dit M. Chartier, est le résultat de l'infection de la plaie par les micro-organismes qui donnent lieu à une endométrite septique. C'est cette endométrite qu'il faut d'abord combattre, ce sont les germes qui lui ont donné naissance qu'il faut aller détruire le plus rapidement possible.

C'est elle, en effet, qui est le point de départ de l'intoxication générale et qui sert d'origine aux foyers secondaires péri-utérins. Plus tôt et plus rapidement on détruira le foyer utérin, plus grandes seront les chances de guérison. »

Mais à quel moment faut-il intervenir? Quand il y a rétention du placenta après l'accouchement à terme, au bout de vingt-quatre heures si on n'a pu faire la délivrance artificielle, on évide, on fragmente le placenta avec la curette, et on en amène les débris au dehors. Il ne faut pas oublier la possibilité d'une perforation.

Après l'avortement avec rétention du délivre, on fera d'abord des irrigations antiseptiques chaudes. Mais dès qu'il surviendra soit des hémorrhagies, soit une élévation de température on fera le curettage.

D'autres fois des phénomènes septiques apparaissent après une délivrance complète en apparence. Le premier symptôme de l'infection puerpérale est l'élévation thermique accompagnée ou non de frisson et de fétidité des lochies. On commence par faire des injections vaginales antiseptiques et des lavages intra-utérins répétés quatre ou cinq fois par jour. Si la défervescence ne se fait pas au troisième jour, il faut, au moyen de la curette, détacher de la paroi utérine tous les détritus qui y adhèrent.

Dans les cas de septicémie déclarée, on peut curetter la matrice en pleins accidents aigus et en pleine fièvre « Curez surtout s'il y a des phénomènes aigus, dit M. Doléris. »

Les accidents aigus, l'existence de la fièvre sont donc ici des indications d'agir vite. On terminera le

curettage par un tamponnement de la cavité utérine avec la gaze iodoformée.

Le curettage dans les lésions péri-utérines. — L'infection reste rarement limitée à l'utérus; de ce foyer initial elle gagne les trompes, les ovaires, le péritoine pelvien qui les recouvre. Le mécanisme de cette infection secondaire serait la voie lymphatique pour M. J. Championnière, et se ferait, en ayant pour point de départ l'utérus, des ligaments larges vers l'ovaire, de l'ovaire vers la trompe, et reviendrait par elle à l'utérus, grâce aux lymphatiques.

Pour MM. Trelat, Terrier, Quenu, l'infection se ferait de proche en proche, de muqueuse à muqueuse voisine.

Les recherches de M. Poirier ont démontré que les lymphatiques du corps de l'utérus gagnaient à la sortie de cet organe des ganglions spéciaux sans passer par les trompes et les ovaires ; les propagations microbiennes n'étaient donc possibles du côté des annexes que grâce à la continuité des muqueuses.

Quel qu'en soit le mécanisme, c'est toujours l'endomètre qui est le foyer d'origine de l'infection et il est logique de croire que le curettage, en réalisant la désinfection de ce foyer, devait modifier favorablement les lésions annexielles.

Si cette manière de faire n'a pas prévalu au début, c'est parce qu'on attachait aux salpingites une gravité qu'elle n'ont plus depuis qu'on en connaît mieux l'évolution et la grande fréquence. Sous l'influence de Lawson-Tait pour peu qu'on soupçonnât une inflammation des annexes, leur « ablation était immédiatement pratiquée par des gens compétents et incompétents (Emmet). » On craignait que le curettage n'aggravât les lésions péri-utérines et on jugeait la salpingectomie moins dangereuse. Walton, Poullet

avaient réagi contre ces craintes exagérées. Le 30 juillet, Walton publiait un mémoire « Sur le traitement de la pelvi-péritonite par la dilatation forcée et le curettage de l'utérus » où il déclarait « qu'il est illogique d'attaquer d'emblée directement le péritoine et les annexes enflammés ; qu'il est plus logique de combattre l'endométrite; qu'il est probable que la cause enlevée, les effets disparaîtront, » et que son traitement ne s'opposait pas à une intervention ultérieure plus énergique encore, la laparotomie. »

M. Poullet disait à la Société de médecine de Lyon, que la paramétrite aiguë, au lieu de contre indiquer le raclage, constituait à proprement parler une véritable indication. Il ne faisait d'exceptions que pour la paramétrite suppurée.

M. Chéron publiait quelques observations pour établir l'innocuité du curettage sans abaissement pour des lésions des annexes.

Trélat appliquait systématiquement le curettage aux ovaro-salpingites, et faisait faire par M. Cantin et Mlle Finkelstein des thèses préconisant le raclage comme traitement des « lymphangites péri-utérines » et « des inflammations des annexes. »

M. Delbet, M. Potherat apportaient des observations pour défendre la même idée.

M. Doléris exposait les bons résultats qu'il avait obtenus dans la cure des affections tubaires par la dilatation permanente et le drainage avec la gaze iodoformée et glycérinée.

M. Pozzi croit qu'on peut conserver l'espoir de guérir la salpingite en même temps que l'endométrite, pourvu que les lésions n'aient pas eu le temps de s'invétérer.

M. Pean déclare que les salpingites purulentes elles-

mêmes, pourvu qu'elles ne soient pas enkystées, peuvent guérir par la dilatation simple de la cavité utérine.

Mais en février 1890, à la « Société de chirurgie, » presque tous les orateurs nièrent l'influence du curage sur l'évacuation des trompes.

M. Bouilly avait dit que dans les cas récents de salpingite, le curage pouvait agir sur les trompes. Mais MM. Richelot et Championnière proposaient la tubo-ovariotomie pour toutes les lésions des annexes.

Trélat, de son côté, insistait sur la cure des salpingites par le curettage. « En cas d'incertitude, disait-il, il est sage de commencer par le traitement le moins grave, puisque ce traitement réussit dans un ensemble de cas suffisamment nombreux, et que j'ai cité des faits positifs de salpingite d'âge ignoré ou d'âge ancien parfaitement caractérisées comme salpingites, dans lesquelles la guérison a été obtenue sans laparotomie avec restitution de la fonction. » Cette manière de voir est encore aujourd'hui celle de M. Le Dentu.

Notre conclusion c'est qu'on doit faire le curettage sans abaissement toutes les fois qu'en outre de l'endométrite il y a des annexes enflammées et douloureuses (salpingites catarrhales, hypertrophiques, ovarites scléro-kystiques). Sans doute cette intervention ne donne qu'une guérison anatomique imparfaite ; il restera des adhérences, des lésions définitives, que l'usage des injections chaudes, des pommades résolutives à l'ichthyol, du massage, feront disparaître peu à peu.

Qu'importent les lésions anatomiques si la guérison symptomatique existe, si les douleurs sont abolies, si la malade a pu reprendre ses occupations.

Quand il existe dans le petit bassin une inflammation

aiguë et qu'on juge la temporisation nécessaire, on emploiera les petits moyens de la gynécologie conservatrice : hygiène, bains, médication thermale, révulsions sur l'abdomen, électricité, pansements osmotiques, surtout à l'ichthyol, etc.

Il est des cas où on observe après un curettage pourtant bien aseptique pour des lésions péri-utérines, une réinfection rapide de la muqueuse de l'utérus, dont la cause ne vient pas du dehors. On se trouve probablement en présence d'une localisation microbienne autour de l'utérus, qu'un curage ne saurait éteindre; ce sont là les cas à insuccès de la thérapeutique intra-utérine, une opération radicale s'impose.

C'est encore à une opération radicale ou à des moyens de conservation autres que le curettage qu'on aura recours pour le traitement des grosses collections enkystées de la trompe, pyo ou hémato-salpinx, tumeurs tendues, fluctuantes, dont il faudra craindre la rupture dans le péritoine.

On a relaté des cas où des collections de ce genre ont pu s'évacuer par l'utérus à la suite de la dilatation et du curage; c'est une heureuse terminaison à retenir. S'il y avait contre-indication à l'extirpation, le drainage de l'utérus au moyen du crin de Florence pourrait se montrer utile et salutaire.

Stérilité. — Thiry, Schultze avaient reproché au curettage de compromettre la fonction de reproduction. La fausseté de cette critique est aujourd'hui bien démontrée et il n'est pas de gynécologiste qui n'ait vu survenir de grossesse après le curettage. On comprend que l'endométrite puisse être une cause de stérilité et puisse empêcher

toute fécondation, soit que les sécrétions anormales entraînent mécaniquement l'ovule hors de la cavité utérine, soit que l'état anatomique de la muqueuse ne permette plus le développement de cet ovule. Les nombreuses observations de grossesse après curettage montrent suffisamment qu'il y a non pas une coïncidence mais bien une relation de cause à effet, surtout quand la grossesse survient après curettage chez des femmes qui étaient restées cinq, six et même vingt ans stériles, comme dans une observation de Madame Gâche-Sarraute.

Après le curettage une muqueuse jeune remplace un endométrium déjà altéré dans sa structure et inapte à la fécondation. Cette opération sera donc indiquée chez les femmes stériles atteintes d'endométrite et dont la stérilité ne peut être rapportée à une autre cause.

Si la cause de la stérilité réside dans certaines dispositions anormales du canal, telles qu'atrésie, sténose, irrégularités, ou de l'utérus, telles que latéropositions, flexions et versions, le curettage pratiqué après dilatation modifie souvent d'une façon heureuse ces dispositions défavorables à l'accomplissement d'une des fonctions physiologiques les plus importantes.

Déplacements de l'utérus.

Le curettage est utile dans tous les cas de déplacement de l'utérus, prolapsus ou déviation.

Le prolapsus s'accompagnant souvent d'endométrite, il est indiqué de faire le curettage avant toute opération anaplastique sur le vagin ou le périnée.

Dans les déviations de l'utérus, surtout dans les rétro-

déviations avec adhérences, le curettage exerce souvent sur ces adhérences une action résolutive médiate. Complété par la dilatation et surtout par le drainage, il peut avoir la meilleure influence sur la musculature utérine et sur les ligaments suspenseurs, dont le massage réveillera la tonicité.

DRAINAGE

Définition du Drainage de l'Utérus.

On appelle drainage utérin, les divers procédés qui permettent le facile écoulement des liquides retenus dans la cavité utérine. Nous ferons l'historique du drainage, pour montrer qu'une des grandes préoccupations des gynécologistes de tous les pays, a été de maintenir béant l'isthme utérin, de favoriser l'évacuation des sécrétions utérines, d'assurer le redressement des déviations.

Historique du drainage (1).

Greenhalgh et quelque temps après Coghlan, qui cherchaient le moyen de modifier la surface sécrétante du

(1) Chéron : Drainage de la cavité utérine par les voies naturelles.

canal cervical par le contact d'un corps étranger, firent construire un tube métallique qui restait à demeure et qui drainait en même temps la cavité utérine.

On ne peut considérer comme un véritable mode de drainage la plupart des pessaires intra-utérins proposés dans le but de réduire les flexions utérines: telles sont les tiges de Simpson, de Wright, de Vulliet.

Felhing fit construire des drains de verre percés de trous et Ahfeld des cylindres creux en caoutchouc dans le but de faire le drainage de l'utérus.

A Schwarz, de Halle (1883), revient la première idée rationnelle du drainage utérin. Il essaya d'abord des tubes à drainage en caoutchouc; plus tard il leur substitua des tubes en fils de verre tressés, enfin un pinceau mince de fils de verre. Schwarz obtint de bons résultats surtout dans les cas de catarrhe, de dysménorrhée et d'aménorrhée avec ou sans régression incomplète de l'utérus.

La question en était là lorsque M. Chéron, voyant dans le drainage un bon moyen de traitement, entreprit les travaux qui firent naître le drain au crin de Florence.

Dès 1882 Fritsch fait le tamponnement intra-utérin à la gaze iodoformée.

En 1886, Fritsch conseille de faire l'irrigation intra-utérine continue au moyen d'une sonde ou mieux d'un tube en croix laissé à demeure à l'intérieur de l'organe.

M. Walton (1888) conseille, comme traitement des collections tubaires, le drainage au moyen d'un tube de caoutchouc de fort volume plongeant par son extré-

mité libre dans un vase contenant une solution de sublimé.

M. Doléris (1888), préconise l'introduction dans l'utérus, de minces bandelettes de gaze iodoformée et glycérinée.

Polk (1889), applique le drainage à la gaze iodoformée aux salpingites, aux métrites chroniques, aux métrites aiguës post-puerpérales.

Emmet est d'avis que le drainge peut être avantageux si on le pratique sans violence.

Duke (de Dublin), depuis 1889, après le curettage, introduit dans le canal cervical une tige spirale en acier pour le maintenir béant.

M. Lefour, de Bordeaux (1891), proposa comme drain, un cylindre d'aluminium plein de 5 millimètres de diamètre, présentant à sa surface et dans le sens de sa longueur quatre cannelures opposées deux à deux, cannelures destinées à assurer l'écoulement du sang menstruel et des produits de sécrétion de l'organe. Cette tige est placée après dilatation à la laminaire et est définitivement suspendue par un crin de Florence qui traverse le col de part en part et est noué définitivement au devant de l'orifice externe. Elle oscille autour du crin intra-cervical comme axe et suit l'utérus dans ses moindres mouvements.

M. Gérard a fait construire un drain en aluminium de 4 centimètres de longueur, ce drain est percé de trous qui servent à le fixer et à permettre l'écoulement des sécrétions.

Le 31 août 1892 paraît dans la « Semaine médicale » un article de M. Bonnaire sur le tubage de la cavité utérine après dilatation préalable. Il se sert d'un tube de caoutchouc malléable, quoique à parois épaisses, d'un diamètre total de 2 centimètres et percé de trous.

Au dernier congrès de Bruxelles, M. Verchère, chirurgien à St-Lazare, a présenté un drain spécial en caoutchouc rouge, de 12 centimètres de long, 9 millimètres de diamètre, qui a l'avantage de s'introduire assez aisément et de se fixer par lui-même au-dessus de l'isthme cervical, grâce à un renflement sous forme d'ailettes situé vers son 1/3 supérieur. Ce drain ne serait pas expulsé et maintiendrait ainsi un drainage prolongé difficile à obtenir avec les drains ordinaires.

Tous ces drains ont le même inconvénient ; ils n'assurent que d'une façon imparfaite l'écoulement des sécrétions ; ils sont difficiles à placer, ils sont expulsés facilement ; ils ne sont pas assez résistants pour lutter contre la contraction de l'isthme utérin, se laissent déprimer et dès lors ne remplissent plus le rôle pour lequel ils avaient été mis en place.

Le drain de M. Chéron, fait d'une substance facilement aseptisable, le crin de Florence, agissant par capillarité pour assurer l'écoulement des liquides retenus dans la cavité utérine, semble présenter des avantages qu'on n'obtient pas avec les autres modes de drainage.

La simplicité de technique mise en usage, l'avantage qu'il y a à se servir d'un drain que les contractions

utérines ne peuvent chasser et qui assure l'écoulement par capillarité, qui ne produit ni traumatisme ni irritations des parois de l'utérus, sont des raisons suffisantes pour en légitimer l'emploi.

Description du Drain

Le drain qu'emploie M. Chéron est formé de brins de crins de Florence d'une longueur de 0,15 cent. Le nombre de ces crins est variable et dépend du degré de dilatation de l'utérus : certains drains ont 20 brins, d'autres en ont 100.



Fig. 3.
Drain en anse sans son plateau.

Ils sont repliés sur eux-mêmes de façon à former une grande boucle oblongue (D') que sa grande tendance à revenir vers la forme elliptique maintient dans la cavité utérine sans violence. Ils sont réunis en

faisceau à leur extrémité et assujettis au moyen d'un petit cylindre creux placé lui-même au centre d'un plateau en celluloïde à bords mousses de 1 centimètre 1/2 de diamètre extérieur.

Grâce à ses bords mousses ce plateau ne peut pas blesser la muqueuse des lèvres du col. Indissolublement relié au drain, lorsque celui-ci se trouve dans la cavité utérine, le plateau suit forcément le col dans tous ses déplacements en avant et en arrière, déterminés par les alternatives de plénitude et de vacuité de la vessie.

L'adjonction de ce plateau a un avantage autrement important : il permet de simplifier le porte-drain et le manuel opératoire de l'introduction des drains.

Le porte-drain à plateau est un tube métallique ayant la courbure utérine. Il est muni sur le côté convexe de cette courbure d'une fente longitudinale de 8 à 9 centimètres de longueur. L'extrémité inférieure donne passage au mandrin (fig. 4).

Le mandrin est formé d'une tige flexible terminée à son extrémité inférieure par un bouton conique qui s'emboîte dans le pavillon et à son extrémité inférieure par un petit cylindre métallique destiné à faire cheminer le drain le long du tube et à le chasser dans l'utérus.

Technique.

On arme le porte-drain, c'est-à-dire qu'on charge l'instrument d'un drain à plateau; on l'introduit sans

violence dans la cavité cervicale; on pousse le man-

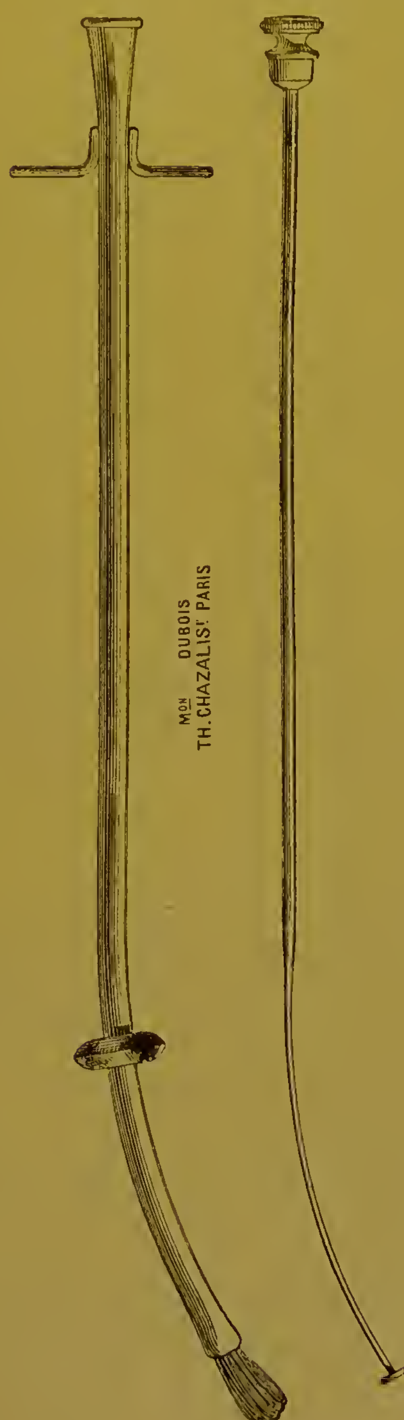


Fig. 4.

drin. Ce dernier repousse le drain au devant de lui

par l'intermédiaire du plateau. Le drain franchit l'isthme ; les crins reprennent la forme elliptique et maintiennent le drain dans la cavité utérine.

Il est indispensable de n'employer que des drains absolument aseptiques et conservés dans une solution fortement antiseptique : liqueur de Van Swieten, solution alcoolique de naphtol, etc.

Le porte-drain aura été stérilisé à l'étuve ou flambé avec soin sur la lampe à alcool.

Indications du drainage

Le drainage de la cavité utérine représente un moyen complémentaire du curettage dont les indications les plus nettes sont les suivantes :

1° Toutes les fois qu'il y a intérêt à maintenir largement ouvert l'isthme et le canal cervical, soit qu'on espère l'évacuation de certaines collections séreuses ou séro-purulentes des trompes par la filière génitale, soit qu'on veuille obtenir la sortie immédiate des sécrétions séro-sanguinolentes causées par le curettage ;

2° Quand il existe des irrégularités et des flexuosités du canal cervical, donnant naissance à la dysménorrhée mécanique ;

3° Quand il existait antérieurement au curettage une *sténose* de l'orifice externe qu'on craindrait de voir se reproduire ;

4° Quand le curettage a été pratiqué sur des utérus déviés par version ou flexion ;

5° Quand on craint que la muqueuse nouvelle ne se forme d'une façon exubérante.

Dans tous les cas, l'association du curettage et du drainage donne des résultats thérapeutiques supérieurs au curettage isolé.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (1)

Hôpital de Stuyvenberg (Anvers). — Observation recueillie dans le service du Dr Rochet par M. le Dr Lambotte. — Endométrite chronique. — Pyosalpingite. — Curettage. — Péritonite. — Laparotomie. — Mort.

La nommée Jeanne F..., âgée de 26 ans, entre le 13 octobre 1891 dans le service du Dr Rochet pour une affection utérine dont elle souffre depuis trois mois. Cette femme, célibataire, sans enfants, a eu un avortement il y a trois mois. Elle assure n'avoir jamais été malade antérieurement, les règles ont toujours été normales. Depuis l'avortement elle est sujette à des pertes sanguines peu abondantes, mais répétées presque journellement et qui ont déterminé une anémie très prononcée. En outre, elle se plaint de douleurs dans le bas-ventre, s'irradiant dans le dos et les cuisses et rendant la marche et le travail très pénibles.

Examen gynécologique : Au palper bimanuel, on constate que la matrice est de volume normal, mobile et indolore. Du côté des annexes, on trouve l'ovaire gauche prolabé et douloureux. Du côté droit, tumeur allongée, peu volumineuse et douloureuse à la pression.

Examen au spéculum : le col est arrondi, un peu tuméfié, l'orifice externe est étroit, présente une légère érosion et un écoulement sanguin purulent.

Diagnostic : Endométrite chronique. Salpingite catarrhale.

(1) Publiée par MM. Lambotte et Rochet dans le Journal d'accouchements de Liège (Avril 1892).

Traitement : Le 16 octobre 1891, désinfection du vagin, une tige de laminaria est placée dans le col.

Le 17 décembre, curettage de l'utérus, légère discision du col ; irrigation au sublimé à 1/2 °/₀₀, cautérisation au chlorure de zinc à 10 °/₀ et tamponnement de l'utérus à la gaze iodoformée.

Le soir de l'opération, la malade se plaint de douleurs dans le ventre. La température est normale, le pouls à 120.

Le 18 décembre 1891, température, 38,2 ; pouls, 115. Faciès grippé. Vomissements muqueux. Ventre peu ballonné, douloureux.

Le 19, amélioration légère.

Le 20, la température s'élève, signes évidents de péritonite.

La situation s'aggravant le soir, je pratique la laparotomie. A l'incision du péritoine, un flot de pus fétide s'écoula (environ deux litres). Les intestins, rouges et distendus baignaient dans le pus. L'incision abdominale ayant été agrandie jusqu'à l'ombilic, je fis un lavage soigneux de la cavité abdominale au moyen d'une solution boriquée à 2 °/₀. Deux gros drains furent placés, l'un jusqu'au fond du cul-de-sac de Douglas, l'autre au milieu des anses intestinales.

Le lendemain, amélioration passagère, et le surlendemain, mort.

Tableau du pouls et de la température

	Matin			*Soir*		
17 octobre :	+° 36,8.	Pouls	72 (curettage)...........	+° 36,7.	Pouls	120
18 —	38,2.	—	115	37,4.	—	118
19 —	37,3.	—	100 (péritonite suppurée)	38,6.	—	140
20 —	38,4.	—	120 (laparotomie)........	39,6.	—	135
21 —	36.4.	—	100	38,2.	—	140
22 —	37,6.	—	160 morte à midi.			

Autopsie : A l'ouverture du ventre on trouve l'intestin grêle fortement distendu par des gaz ; sa surface est rouge, injectée et recouverte d'un enduit purulent. Des amas de pus se trouvent entre les anses intestinales et se prolongent jusqu'au foie et l'estomac.

Les organes génitaux internes ayant été soigneusement séparés du bassin, on constate que l'utérus est de volume normal, sans adhérences ni déplacements, la cavité un peu dilatée contient une matière pulpeuse grisâtre, peu abondante, le parenchyme est intact. —La trompe

gauche présente le volume d'un petit doigt et en l'incisant il s'écoule 3 à 4 grammes de pus rougeâtre. L'ovaire gauche est prolabé, adhérent et contient de petits foyers purulents, la trompe droite se présente sous forme d'une poche vide du volume du pouce ; à son extrémité droite on trouve un orifice déchiqueté, admettant l'index. — L'ovaire droit est peu altéré, adhérent.

L'examen cadavérique des autres organes ne présente aucune particularité digne d'être signalée.

L'autopsie démontre donc d'une façon évidente :

1° Que le diagnostic était inexact quant à l'état des annexes. Les trompes en effet renfermaient du pus;

2° Que la péritonite suppurée est due à la rupture de la trompe droite, car d'une part on trouve cette trompe déchirée, et d'autre part on trouve le parenchyme utérin intact ne présentant ni perforation, ni trace de suppuration qui puissent expliquer l'infection du péritoine.

Selon toute vraisemblance la rupture de la poche s'est produite pendant le curettage par suite *des tractions opérées sur l'utérus.*

OBSERVATION II (1)

Endométrite et Pyosalpingite. — Dilatation et curage. — Péritonite. — Laparotomie. — Mort
Par le Dr R. Pichevin

H..., Marguerite, 22 ans, couturière, entre le 2 Janvier 1893 au n° 7 de la salle Lenoir (clinique chirurgicale de l'hôpital Necker).

Antécédents héréditaires. — Nuls. Ant. personnels. — Coqueluche dans la 1re enfance. Fièvre typhoïde à 15 ans. Cette femme, élevée à la campagne, a toujours eu des maux de tête et d'estomac. La menstruation débute à 18 ans. Les règles reviennent à des époques fixes et sont souvent accompagnées de douleurs de moyenne intensité ; elles sont très abondantes et durent de 3 à 4 jours. Pas de grossesse ; pas de fausse couche ; pas de leucorrhée.

Depuis un an, la malade souffre dans le bas-ventre et tout parti-

(1) Observation publiée par le Dr Pichevin, dans les Nouvelles archives d'obstétrique et gynécologie (1892).

culièrement du côté gauche. Ces douleurs ont augmenté dans ces derniers mois. Elles provoquent parfois des insomnies et empêchent cette femme de vaquer à ses occupations.

Aucun trouble digestif; pas de troubles urinaires.

La malade entre à l'hôpital à cause des souffrances qu'elle endure.

Les dernières règles ont pris fin il y a treize jours. Cette malade a une perte utérine depuis huit jours.

Examen le 4 janvier 1892. — Eversion et ectropion des lèvres du col. — L'utérus est en rétroversion peu prononcée. La sonde pénètre transversalement dans la cavité utérine. On sent difficilement le corps de la matrice par le palper et le toucher combinés. La matrice est confondue avec une masse qui se trouve dans le cul-de-sac gauche et dans celui de Douglas. En n'usant que du toucher vaginal, on croirait que cette masse arrondie est le corps de l'utérus en rétro-latéro-déviation gauche. Mais c'est une fausse interprétation. La tumeur est constituée par une masse d'oophoro-salpingite gauche, rénitante et indépendante de la matrice, qui est un peu à droite, à côté et au-dessus de la salpingo-ovarite. Les ligaments utéro-sacrés, et en particulier le droit, sont très tendus.

Le 7 janvier, j'injecte dans la cavité utérine le contenu d'une seringue de Braun d'hamameline stérilisée.

Le 8, l'hémorrhagie est à peu près arrêtée. Deuxième injection d'hamameline.

Le 9, l'hémorrhagie est définitivement arrêtée. On laisse la malade au repos. Injections antiseptiques chaudes.

Du 20 janvier au 2 février on fait la dilatation utérine avec des laminaires (les 20, 24 et 27 janvier). L'introduction et le séjour des laminaires ne donnent lieu à aucun incident : ni douleurs, ni fièvre.

Le 2 février, curage par M. le professeur Le Dentu, qui complète sous le chloroforme la dilatation utérine avec des grosses bougies de Hégar.

Cette malade va très bien depuis le curage. Les suites sont des plus simples. Pas de réaction. Elle demande tous les jours à se lever. Elle saute dans son lit, et ne peut rester un seul moment tranquille.

Elle sort de son lit le 8 février.

Le 7, au soir t° = 37,4.
Le 8, au matin t° = 36,5.
Le 7, au soir, t° = 37,6.

Elle a des douleurs modérées dans le bas-ventre et en particulier du côté gauche. La situation n'était pas inquiétante.

Le 10 février, la malade raconte que depuis quatre heures du matin elle a de violentes douleurs dans le bas-ventre et à gauche. Ces douleurs reviennent par accès.

Constipation depuis trois jours. La malade a vomi pendant la nuit. A huit heures et demie du matin et à dix heures et demie vomissements verdâtres. Cataplasmes laudanisés.

Je trouve cette malade avec la face un peu altérée, le pouls a 70 environ, bon pouls plein, pas de ballonnement. Mêmes douleurs spontanées très vives, plaintes, cris, vomissements. Je pense qu'il s'agit d'une péri-salpingite. En effet, le 7 et le 8, il y a eu une légère élévation thermique accompagnée de quelques douleurs. Injection de morphine; à onze heures du matin les douleurs se calment.

Le soir, 10, mercredi, à la contre-visite, face grippée, vomissements, pas de ballonnement; le ventre est un peu dur au niveau de la fosse iliaque gauche, pouls bon, plein, 80 pulsations. Douleurs spontanées vives et revenant par crises. Je pense à la rupture d'un pyo-salpinx, et prie l'interne du service de toucher la malade, il sent une grosse masse rénitente à gauche.

Température du 10 : matin, 36,4; soir, 36,8. Le jeudi matin, la température est à 36,2. La face est plus grippée. Les douleurs sont moins vives, mais il y a de la tension du ventre, du côté gauche.

Quelques vomissements dans la nuit. Le pouls est à 84, très régulier.

Certaines circonstances m'empêchèrent de faire la laparotomie le jeudi matin. Le soir, la température était à 36,8.

Le vendredi 12, l'état était plus grave. Pouls à 90, bon, bien frappé. Douleurs très vives, mais altération très marquée de la face.

Je fais la laparotomie. Je constate tout d'abord des adhérences de l'épiploon à une masse profondément située. Je tombe sur une masse du volume du poing, dure comme du bois, en certains points et fermement adhérente à la partie postérieure du bassin. Il existe

de la péritonite, s'étendant depuis le petit bassin jusqu'à l'ombilic : rougeur des anses intestinales, qui sont recouvertes, en certains endroits de fausses membranes glutineuses.

C'est avec une peine infinie que j'arrive à décortiquer la masse ovaro-salpingitique fixée aux parois du bassin. A un moment donné la poche se rompt et il s'écoule du pus dans la cavité pelvienne. L'utérus était confondu avec la tumeur et très adhérent au rectum.Je détache les adhérences postérieures. Les ligaments utéro-sacrés (surtout le droit) sont gros comme le petit doigt, durs et résistants.

A droite, la trompe est saine, l'ovaire est entouré de fausses membranes épaisses et adhérentes : ce qui rend l'extirpation assez pénible. Je fais passer 12 à 14 litres d'eau stérilisée et salée dans le ventre. Tamponnement à la gaze iodoformée. Sutures au crin de Florence.

La pièce principale est constituée par une masse oophoro-salpingitique du volume d'une mandarine. La portion interne de la trompe atteinte d'inflammation parenchymateuse, est grosse comme le doigt. La portion externe est dilatée et renfermait le pus qui s'est écoulé dans le ventre. Les parois de la poche sont épaisses. L'ovaire accolé à cette poche est ratatiné, fibreux et dur.

La malade est morte le lendemain. Cette observation soulève plusieurs points de pratique intéressants.

Il s'agit d'une rupture de pyo-salpingite ayant donné naissance à une péritonite généralisée et assez rapidement mortelle.

M. Pichevin conclut qu'il ne faut pas mettre sur le compte de l'opération la rupture de la poche purulente dans la cavité péritonénale. Il croit s'être trouvé en présence d'une rupture dite spontanée de pyo-salpingite.

Mais on sait combien est rare cette complication si redoutable des pyo-salpinx, si rare que M. Pichevin dit n'en avoir jamais observé avant. Aussi nous permettrons-nous de ne pas être de son avis et de croire à une rupture de la trompe causée par les manœuvres d'abaissement auxquelles a été soumis l'utérus soit pour le placement des laminaires, soit pour la pratique du curage. Et ce qui ressort de cette observation c'est que l'abaissement forcé de l'utérus à la vulve est une manœuvre extrêmement dangereuse, puisque l'on peut déchirer la trompe adhérente, kystique et purulente.

OBSERVATION III

Endométrite hémorrhagique avec subinvolution.— Curettage. — Drainage — Guérison.

La nommée Poit... Marguerite, âgée de 24 ans, est entrée à St-Lazare dans le service du Dr Chéron, le 22 septembre 1891.

Diagnostic du dispensaire : Uréthrite et ulcération du col.

Elle a été réglée à 13 ans sans douleur. Ses règles sont très abondantes et durent 8 jours. Elle perd en blanc dans l'intervalle des règles.

Déflorée à 15 ans, elle a eu deux enfants le premier à l'âge de 16 ans 1/2 le second à 18 ans. Repos au lit insuffisant ; elle a gardé le lit pendant 3 jours seulement.

Depuis l'âge de 20 ans ses règles sont devenues plus abondantes qu'avant et durent de dix à douze jours tous les mois, avec des avances de six jours chaque fois.

Depuis quelque temps elle perd beaucoup en blanc jaunâtre ; elle se plaint de fortes douleurs dans la région des reins ; elle a des sensations de pesanteur et des élancements dans le ventre.

Elle mange et digère assez bien ; elle est habituellement constipée; elle a des envies fréquentes d'uriner.

L'examen de ses organes génitaux externes montre qu'elle est atteinte d'*uréthro-vulvo-vaginite*.

Examen au spéculum et hystérométrie : La sub involution est manifeste; l'utérus est gros et mesure 10 cent. de longueur mesuré à l'hystéromètre. Sa cavité est élargie. Il est en rétroversion légère. Il existe un double ectropion sur le museau de tanche.

Le curettage d'exploration ramène des fongosités. On se trouve donc en présence d'une endométrite fongueuse chronique.

Toucher. — Rien d'appréciable au toucher du côté des annexes.

On commence par faire le traitement de l'uréthrite, de la vulvite et de la vaginite. (Injections au permanganate de potasse; lavages antiseptiques, pansements iodoformés). Ce traitement dure jusqu'au 15 octobre.

A ce moment (15 octobre) survient une perte abondante de sang. On prescrit : le repos absolu au lit ; les injections chaudes, une potion avec de l'ergotine.

Le 3 novembre, M. Chéron pratique le curettage de la cavité utérine qui ramène de nombreux fragments de muqueuse très hypertrophiée. Le canal cervical, les ectropions sont raclés avec la herse et la curette à dents.

Lavage au sublimé et mise en place d'un drain en crin de Florence.

Pansement iodoformé.

Suites normales : écoulement séro-sanguinolent, puis séreux ; le pansement est renouvelé tous les trois jours.

24 novembre. — Le drain est retiré ; il ne sort plus rien de la cavité.

Le 15 décembre. — Les règles ont réapparu normales ; elles ont duré quatre jours.

Le 20 décembre, M. Chéron constate, par l'examen bimanuel, que l'utérus s'est notablement réduit de volume en hauteur et en largeur. L'hystéromètre ne donne plus que 8 centimètres de longueur, et ne joue pas facilement dans la cavité.

Au spéculum, on constate la disparition des ectropions ; l'orifice du col est sec.

La malade se sent très bien ; elle n'a plus de pesanteur dans le ventre ; elle ne souffre plus dans les reins.

Les règles ont duré quatre jours.

OBSERVATION IV

Endométrite hémorrhagique. — Curettage et drainage. — Guérison

La nommée Si..., Marie, âgée de 21 ans, entre à Saint-Lazare, dans le service du Dr Chéron, le 18 Mai 1892.

Diagnostic du dispensaire : Ulcération du col, végétations.

Elle a été réglée à quatorze ans, toujours irrégulièrement et peu abondamment. Durée des règles : 3 jours.

A 18 ans elle accoucha d'un enfant qui vécut 8 jours et mourut d'athrepsie. Elle est restée 8 jours au lit après cet accouchement.

Depuis lors, ses règles sont abondantes, et en ce moment elles durent dix jours et reviennent chaque mois avec des avances de 6 à 8 jours.

Elle a des pertes blanches continuelles. Elle souffre dans les reins et dans le ventre ; la marche et la station debout sont pénibles.

L'utérus est en position normale ; le fond qui dépasse un peu le pubis est sensible à la pression.

Au toucher, on sent un col gros; les lèvres sont en ectropion ; l'orifice externe est large ; le corps de l'utérus est volumineux.

On ne trouve rien dans les culs-de-sac ni du côté des annexes ; l'utérus est bien mobile.

Hystérométrie : Isthme largement ouvert ; sensibilité du fond de la cavité utérine à la pression. Longueur totale 10 centim. Il sort quelques gouttes de sang quand on retire l'hystéromètre.

Le curettage d'exploration ramène une muqueuse épaissie et facile à détacher.

Diagnostic : Sub-involution, endométrite cervico-utérine de forme hémorrhagique avec ectropion double.

20 Juin : M. Chéron fait le curettage sans abaisser l'utérus ; il excise les deux ectropions, fait un lavage de la cavité à l'acide phénique et place immédiatement un drain en anse.

Pansement iodoformé.

Le pansement est changé tous les trois jours, il se fait un léger suintement sanguinolent, séro-sanguinolent, puis séreux.

Le 17 juillet, il ne s'écoule plus rien, le drain est retiré. Il n'a jamais provoqué de douleurs.

Le 26 juillet, la malade quitte le service dans un état très satisfaisant. Elle a pris de la force, de l'appétit ; la marche est facile, sans douleur.

La longueur de la cavité utérine mesurée à l'hystéromètre est de 7 centimètres 1/2.

A sa sortie la malade n'a pas encore eu ses règles.

OBSERVATION V

Endométrite cervico-utérine. Hydrosalpingite gauche. — Curettage. Drainage — Guérison.

La nommée Léonie Gr..., âgée de 29 ans, entre à St-Lazare dans le service du Dr Chéron le 16 mars 1892.

Diagnostic du dispensaire : Métrite. Elle a été réglée à 15 ans toujours irrégulièrement ; ses règles ne paraissent pas à date fixe et durent 8 jours.

Déflorée à 17 ans; depuis elle a d'abondantes pertes blanches.

A l'âge de 20 ans elle vient à St-Lazare pour un chancre syphilitique ;

A 24 ans, elle fait une fausse couche de 4 mois;

A 27 ans, elle accoucha d'un enfant mort-né. Pendant toute la durée de la grossesse son ventre a été énormément distendu et elle a perdu l'eau (Hydramnios).

Elle se plaint de douleurs dans les reins et dans le bas-ventre. Elle a presque tous les mois des crises très douloureuses cessant après l'écoulement par le vagin d'un liquide clair et n'empesant pas le linge ;

Examen local : Du côté des organes génitaux externes : Déchirure incomplète du périnée ; traces de syphilides vulvaires.

Toucher : Utérus gros, normalement situé ; le fond et les angles utéro-tubaires sont douloureux à la pression ; les lèvres du col sont en ectropion.

L'hystéromètre donne 9 centimètres de longueur, il sort un peu de sang quand on retire l'instrument.

Le toucher ne révèle rien d'appréciable dans le cul-de-sac droit, ni en avant, ni en arrière, dans le cul-de-sac de Douglas.

A gauche de l'utérus, on trouve une masse arrondie, rénitente, située assez haut et du volume d'une grosse mandarine.

Diagnostic : Endométrite cervico-utérine ; sub-involution ; double ectropion ; hydrosalpinx gauche probable.

Pansements glycéro-iodoformés et injections chaudes durant tout le mois d'avril.

Après un mois de ce traitement, la malade est un peu améliorée.

Le 30 avril, elle est prise d'une crise de douleurs salpingiennes; elle perd environ un demi-verre d'eau claire. Le lendemain, la trompe gauche avait diminué de volume; elle ne semblait plus grosse que comme un marron; les jours suivants, la trompe diminue encore de volume.

Le 10 mai, M. Chéron fait la dilatation métallique extemporanée et le curettage sans abaissement. Il touche la cavité avec de la glycérine créosotée, et met en place immédiatement après un drain en anse en crin de Florence.

Pansement iodoformé.

Il se fait un écoulement séreux qui oblige de changer le pansement tous les jours.

A partir du 19 mai, on ne change le pansement que tous les trois jours.

La malade n'a plus souffert; les suites de l'opération ont été normales.

6 juin. — Le drain est retiré. La trompe gauche s'est complètement vidée; la tumeur qui remplissait le cul-de-sac gauche n'existe plus; la trompe est grosse comme une petite plume d'oie. Les coliques salpingiennes n'ont pas reparu, et la trompe gauche ne s'est pas remplie de nouveau.

La malade sort le 8 juillet 1892.

Cette malade est revenue dans le service en février 1893 pour une uréthrite, la guérison s'était maintenue; les crises anciennes n'avaient plus reparu et au toucher on ne sentait plus la tumeur qu'un an auparavant nous avions pu toucher à gauche.

OBSERVATION VI

Endométrite. — Salpingo-ovarite et périmétrite. — Curettage. — Guérison

La nommée G..., Louise, âgée de 21 ans, entre à St-Lazare dans le service du Dr Chéron, le 27 septembre 1892.

Diagnostic du dispensaire : Vaginite. Elle a été réglée à 13 ans peu abondamment. Depuis quatre ans elle a des pertes verdâtres abondantes et des douleurs dans les reins et dans le ventre.

Il y a un an elle entra à la Charité pour des douleurs de ventre et pour ses pertes verdâtres. On la soumit au repos au lit, aux injections chaudes, aux pansements glycéro-tanniques. Elle fut assez rapidement soulagée et quitta l'hôpital au bout d'un mois.

Mais depuis six mois elle a été reprise de douleurs dans le ventre avec une intensité beaucoup plus grande qu'auparavant. Elle a des pertes tachant le linge en vert. Elle perd aussi par mèches.

Elle n'a pas d'appétit ; elle est sujette aux nausées ; elle est très anémiée ; parfois elle a des frissons. La marche, qui est très difficile et très douloureuse, l'oblige à se tenir courbée.

Examen local : L'utérus est situé un peu à droite de la ligne médiane et enclavé dans une masse de pelvi-péritonite ; n'est pas mobile. Les essais de mobilisation éveillent immédiatement la douleur. Le toucher vaginal est pénible ; au toucher, les culs-de-sacs donnent une sensation d'empâtement ; on ne peut limiter ni les trompes ni les ovaires.

Diagnostic : Endométrite ; salpingo-ovarite ; périmétrite.

La malade est soumise au repos absolu au lit pendant les mois d'octobre et décembre ; on lui fait tous les jours une injection phéniquée très chaude, et dans l'intervalle on met dans le vagin un tampon glycéro-ichthyolé.

Au commencement de janvier 1893 les douleurs ont complètement disparu ; l'appétit revient ; mais l'examen local ne donne

qu'une légère amélioration du petit bassin. Jamais de fièvre ; bon appétit, bon sommeil.

Le 25 janvier 1893, M. Chéron pratique sans abaisser l'utérus la dilatation extemporanée et le curettage de la cavité. Lavage au sublimé.

Pansement iodoformé tous les trois jours. Cette opération n'a pas réveillé les douleurs ; au bout de huit jours, on constate nettement que les masses de périmétrite qui entouraient l'utérus sont en voie de résolution.

Le 15 février l'utérus est déjà mobilisable sans douleur; on sent déjà la trompe gauche augmentée de volume, rouler sous le doigt comme un cordon.

Le 14 mars. Réapparition des règles.

Le 23 mars, M. Chéron constate par le toucher que la masse de périmétrite est complètement résorbée. Les trompes ont à peu près leur volume normal, encore un peu douloureuses ; les ovaires semblent un peu augmentés de volume. Les culs-de-sac devenus libres sont dépressibles et presque pas douloureux.

La malade se lève, se promène, travaille. L'appétit est bon, les douleurs ont complètement disparu; les forces reviennent. Elle quitte le service guérie le 5 avril 1893.

OBSERVATION VII (Résumée)

Endométrite cervico-utérine d'origine blennorrhagique — Salpingite catarrhale double. — Curettage. — Drainage. — Guérison.

La nommée D. Louise, 22 ans, entrée à St-Lazare le 18 novembre 1891.

Diagnostic du disponsaire: ulcération du col. Catarrhe utérin.

Réglée à 15 ans, toujours régulièrement.

Elle a été deux fois à Lourcine pour vaginite.

Souffre depuis deux ans de douleurs dans le bas-ventre, et sur les côtés surtout à gauche. Marche péniblement.

Toucher. — Trompes grosses comme le petit doigt, douloureuses. L'ovaire n'est pas douloureux et ne semble pas augmenté de volume.

Longueur de l'utérus : 7 centimètres.

Spéculum. — Mèche muco-purulente sortant de l'orifice externe.

Traitement préparatoire ordinaire : 10 décembre. — Dilatation extemporanée ; curettage sans abaissement. Hersage du canal. Lavage de la cavité au sublimé; attouchements à la glycérine créosotée.

Drainage au moyen du drain en anse. Pansement iodoformé.

Suites ordinaires. — Le drain est retiré le 5 janvier 1892.

Examinée le 10 février, les trompes sont redevenues normales. Pas de leucorrhée, pas de douleur. Marche facile. — *Guérison.*

OBSERVATION VIII (Résumée)

Ovaro-salpingite droite. — Salpingite catarrhale gauche. — Endométrite blennorrhagique. — Curettage. — Drainage. — Guérison.

Yvonne B..., âgée de 22 ans, entrée le 3 septembre 1892.

Diagnostic du dispensaire : Vaginite. Réglée à 14 ans toujours bien.

Depuis un an, douleurs dans le bas-ventre et dans les côtés ; rapports sexuels douloureux.

Douleurs plus aiguës quelques jours avant les règles.

Toucher. — Grosseur du volume d'une noix dans le cul-de-sac droit.

A gauche, la trompe est dure et de la grosseur du petit doigt douloureuse à la pression.

Spéculum. Col gros; sécrétion muco-purulente sortant de l'orifice externe.

Vaginite des culs-de-sac.

On fait le traitement de la vaginite pendant un mois.

Le 15 octobre. Dilatation à la laminaire.

Le 16 octobre. Curettage. La curette ramène des lambeaux de muqueuse ramollie.

Hersage du canal. Attouchements à la glycérine créosotée.

Drainage au crin de Florence.

Suites ordinaires. Le drain est retiré le 20 novembre.

La malade sort le 11 septembre 1892. La trompe gauche a repris son volume normal; la tumeur qui siégeait dans le cul-de-sac droit est à peine perceptible et pas douloureuse.

OBSERVATION IX (résumée)

Endométrite chronique.— Salpingite catarrhale. — Curettage.— Drainage Guérison.

La nommée Louise W..., âgée de 33 ans, entrée à St-Lazare, le 15 mai 1893.

Réglée à 15 ans sans douleur et régulièrement. Déflorée à 19 ans.

A 23 ans, elle fait un avortement de cinq mois.

Depuis un an elle se plaint de douleurs dans les reins, dans les fosses iliaques, sur le milieu du ventre.

Ses règles viennent d'une façon irrégulière peu abondamment, durent à peine un jour, et sont précédées de grandes douleurs dans la région lombo-sacrée.

Pertes blanches abondantes, venant par mèches.

Toucher. — On sent les deux trompes un peu augmentées de volume; les ovaires sont normaux.

L'utérus est gros et mobile.

L'isthme est largement ouvert.

14 juin. — Dilatation à la laminaire.

15 juin. — Curettage.

Drainage.

Pansement à la gaze iodoformée.

12 juillet. — La malade sort guérie.

OBSERVATION X (résumée)

Catharre cervical. — Endométrite fongueuse. — Ectropion double. — Polype muqueuse à la commissure droite de l'orifice cervical.

La nommée Mélina R..., âgée de 12 ans, est entrée à Saint-Lazare dans le service du Dr Chéron, le 1er novembre 1891.

Diagnostic du dispensaire : Catharre purulent. Réglée à 15 ans, régulièrement et sans douleur.

Mariée à 23 ans, elle a 3 enfants qui vivent encore ; le dernier accouchement date d'il y a 12 ans. Ces accouchements ont été naturels et faciles.

Depuis longtemps, cette malade perd par mèches ; ses règles sont devenues irrégulières, et à plusieurs reprises, elle a dû s'aliter parce qu'elle était continuellement dans le sang.

Le toucher bimanuel montre que l'utérus est gros, et qu'il n'y a pas de lésions du côté des annexes. Le col est gros ; l'orifice béant, les lèvres du col en ectropion.

L'examen au spéculum montre deux gros ectropions ulcérés et un polype muqueux situé à la commissure droite de l'orifice cervical. Il sort de l'orifice du col une mèche muco-purulente.

Longueur de l'utérus : 8 cent.; l'isthme est ouvert.

Le curettage d'exploration ramène des fongosités.

Diagnostic : Evolution morbide de la muqueuse du canal cervical sous la forme de deux gros ectropions. — Polype muqueux à la commissure droite de l'orifice cervical. — Catarrhe cervical. — Endométrite fongueuse.

Le *15 novembre* : Curettage de la cavité, ablation des ectropions et du polype. — Hersage du canal. — Pansement iodoformé.

Suites normales : *la malade* est sortie guérie le 25 décembre 1891.

OBSERVATION XI (résumée)

Congestion utérine. Endométrite cervico-utérine. Ectropion double.

La nommée Netta V..., âgée de 20 ans, est entrée à St-Lazare dans le servvice du Dr Chéron, le 9 sept. 1891.

Diagnostic du dispensaire : Ulcération du col et catarrhe utérin.

Réglée à 13 ans. Les règles ont toujours été régulières sans douleur, peu abondantes, durant 4 jours.

Elle n'a eu ni enfant ni fausse-couche. Se plaint de souffrir depuis deux ans dans les reins et dans le ventre, et d'avoir des pertes muco-purulentes s'échappant par mèches et tachant le linge.

Toucher. Utérus mobile, normalement placé; rien dans les culs-de-sac.

Spéculum. Col gros, violacé, ectropion sur les deux lèvres. Mèche muco-purulente très adhérente à l'orifice cervical.

Isthme largement ouvert ; longueur de l'utérus 7 centimètres.

Diagnostic. Congestion utérine ; endométrite cervico-utérine de forme catarrhale. Ectropion des deux lèvres.

25 sept. Traitement préparatoire ordinaire.

Le curettage ramène des morceaux de muqueuse épaissie. Hersage du canal cervical. Curage avec la curette à dents. Drainage.

Pansement à la gaze iodoformée. Suites normales.

Drain enlevé le 20 Octobre. Plus de secrétion à l'orifice cervical.

La malade sort le 15 novembre guérie.

Elle a ses règles au moment de sa sortie.

OBSERVATION XII (résumée)

Endométrite et endocervicite d'origine blennorrhagique. Curettage. Drainage. Guérison.

La nommée Marie V..., âgée de 32 ans, est entrée à St-Lazare le 1er mars 1893.

Diagnostic du dispensaire : Vaginite des culs-de-sac.

Réglée à 16 ans, toujours bien.

Déflorée à 20 ans.

Deux accouchements : l'un à 27 ans, l'enfant a vécu trois mois ; le second à 29 ans. L'enfant est venu au monde à six mois et demi et il était mort depuis dix jours.

Cette malade souffre modérément, mais elle perd en blanc et par mèches.

Rien du côté des organes génitaux externes.

Rien du côté des annexes.

Utérus mobile, en rétroversion.

Examen au spéculum. Col gros, orifice externe laissant pénétrer le petit doigt ; isthme largement ouvert.

21 mars. — Curettage.

La curette ramène des lambeaux de muqueuse épaissie et ramollie en quantité notable.

Drainage au crin de Florence.

Pansement iodoformé.

Suites normales.

La malade sort le 6 avril.

OBSERVATION XIII (résumée)

Endométrite chronique de forme fongueuse. — Curettage. — Guérison.

La nommée Victoire Gr. est entrée à St-Lazare le 19 mai 1893.

Diagnostic du dispensaire. Erosion du col ; Vaginite des culs-de-sac.

Réglée à 14 1/2 toujours bien ; Durée 4 jours.

Déflorée à 15 ans.

Elle accouche à 16 ans d'un enfant qui vit encore.

A 18 ans elle accouche d'un enfant qui est mort d'athrepsie.

Elle a de la leucorrhée abondante causée par de la vaginité et par l'endométrite.

Toucher. — Rien du côté des annexes. Utérus gros, mobile et normalement situé.

Diagnostic : Congestion chronique de l'appareil utéro-ovarien. Endométrite chronique. Vaginite des culs-de-sac.

Après guérison de la vaginite, M. Chéron fait le 20 juin 1893 le curettage de la cavité.

La curette ramène de grosses fongosités. Suites normales. Pansement iodoformé.

8 juillet. — La malade sort guérie.

OBSERVATION XIV (résumée)

Endométrite fongueuse. — Endocervicite. Rétroversion et latéroposition droite. — Curettage. — Drainage. — Guérison incomplète.

La nommée Seney..., âgée de 22 ans, entrée à Saint-Lazare le 25 mai 1893.

Diagnostic du dispensaire : *Uréthrite — Catarrhe utérin — Gale.*

Réglée à 14 ans, toujours régulièrement, sans douleur.

Accoucha à 17 ans, à Lariboisière, d'un enfant qui vécut deux mois.

A 18 ans, accoucha une seconde fois ; l'enfant vécut trois mois.

Depuis ses règles sont très irrégulières et très abondantes, durant 8 jours.

Pertes blanches abondantes dans l'intervalle des règles.

Il y a un mois elle a eu un abcès du sein qui s'est ouvert spontanément.

Actuellement elle a sur les joues et sur le corps une éruption d'impétigo.

Toucher. Utérus situé à droite de la ligne médiane et en rétroversion. Le cul-de-sac n'existe pas à droite ;

Les centres culs-de-sac sont normaux. Examen au spéculum : Col gros violacé ; de l'orifice cervical s'écoule un liquide épais verdâtre.

Les deux lèvres du col sont en ectropion.

21 juin. Dilatation à la laminaire ;

22 juin. Curettage. Drainage.

Attouchements à la glycérine créosotée ;

Pansement iodoformé.

Suites normales ; il n'existe plus de sécrétion à l'orifice cervical ; la latéroposition et la rétroversion persistent.

CONCLUSIONS

I. — Le curettage de la cavité utérine peut être pratiqué facilement sans abaisser l'utérus à la vulve, à la condition d'avoir à sa disposition un outillage spécial et d'ailleurs peu compliqué.

II. — Ce curettage à hauteur nous semble la méthode de choix, toutes les fois que des lésions péri-utérines (lésions des annexes, pelvipéritonites, résidus d'abcès pelviens) compliquant l'endométrite, rendent l'abaissement artificiel difficile ou dangereux.

III. — L'abaissement artificiel peut, en effet, être rendu difficile par le volume de l'utérus (en cas de tumeur fibreuse par exemple) ou par l'existence d'adhérences anciennes autour de la matrice ; — il peut être dangereux dans certains cas de kystes salpingiens ou d'abcès péri-ovariques dont la rupture pourrait être provoquée par cette manœuvre.

IV. — Nous considérons le curettage de la cavité utérine, avec la technique spéciale que nous avons décrite comme indiqué :

1° Dans toutes les formes de l'endométrite chronique avec ou sans sub-involution, avec ou sans métrite concomitante;

2° Dans l'endométrite puerpérale aiguë ou subaiguë (on emploie alors des curettes d'un volume et d'une résistance appropriés) ;

3° Dans les salpingites catarrhales avec ou sans ovarite scléro-kystique ;

4° Dans certaines suppurations pelviennes dont le pronostic ne semble pas immédiatement menaçant, et alors qu'on peut espérer l'évacuation du pus par la filière génitale;

5° Contre la stérilité dont la seule cause puisse être attribuée à l'endocervicite compliquée d'endométrite. — Dans ce cas il est indispensable, en même temps qu'on fait le curettage de la cavité utérine, de traiter, convenablement, les lésions du canal cervical et la sténose du col si elle existe.

V. — Le curettage sans abaissement de l'utérus représente une opération aussi complète que le curettage avec abaissement, si l'on sait donner aux curettes la courbure appropriée à chaque cas et si l'on prend soin de faire méthodiquement l'abrasion de la muqueuse (face antérieure, face postérieure, fond et angles utéro-tubaires).

VI. — Les résidus de périmétrite et de paramétrites chroniques ne constituent pas une contre indication du curettage sans abaissement.

VII. — Ce qui justifie l'indication du curettage

alors même qu'il existe des lésions des annexes et des lésions péri-annexielles, c'est que ces lésions sont manifestement entretenues dans la majorité des cas par l'infection de la cavité utérine (Trélat, Le Dentu, Pozzi, Chéron, Doléris, etc.).

VIII. — Le drainage de la cavité utérine au moyen du crin de Florence (drain en anse du Dr Chéron) est une méthode d'un emploi facile, ne présentant aucun danger, à la condition que les règles de l'antisepsie soient rigoureusement observées.

IX. — Le drainage représente un moyen complémentaire du curettage dont les indications les plus nettes sont les suivantes :

1° Les irrégularités et flexuosités du canal cervical (dysménorrhée mécanique) ;

2° Les sténoses de l'orifice externe (dysménorrhée) ;

3° Les déviations utérines (versions et flexions) ;

4° Les collections séreuses ou séro-purulentes des trompes.

X. — Les soins antiseptiques post-opératoires son de la plus haute importance ; leur omission est la cause d'un grand nombre d'insuccès.

XI. — Sans vouloir discuter les indications précises de l'hystérectomie vaginale et de l'ablation des annexes dans les suppurations pelviennes nous croyons :

1° Que le curettage sans abaissement peut toujours être fait sans inconvénient alors qu'aucun symptôme alarmant ne rend urgente une opération radicale ;

2° Qu'il est rationnel d'essayer tout d'abord un mode de traitement qui ne présente aucun danger avant de se résoudre à faire une ablation que le curettage rendrait peut-être inutile.

CONTRE-INDICATIONS

Nous considérons le curettage comme contre-indiqué par tous les états inflammatoires aigus de l'utérus, à l'exception de la septicémie puerpérale.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Le Dentu. — Du traitement des affections inflammatoires des annexes de l'utérus. — Gazette des hôpitaux, 1892.

Emmet. — La pratique des maladies des femmes. Trad. franç., Paris, 1887.

Pozzi. — Traité de gynécologie. Paris, 1892.

Trélat. — Bull. de la Société de Chirurgie, 5 mars 1890. Février 1891.

Bouilly. — Société de Chirurgie, Févr.-Mars 1891.

Walton. — Contribution à l'étude de la péritonite, Bruxelles, 1888.

Poullet. — Lyon médical, févr. et mars 1888.

Chéron. — Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes. (Passim).

Doléris. — Nouvelles archives d'obstétrique et gynécologie. (Passim).

Doléris. — Évacuation artificielle des collections enkystées de la trompe par la dilatation permanente et le drainage utérin. (Société de Biologie, 21 décembre 1888).

Lusk. — Congrès triennal des chirurgiens américains.

Riskallah. — Thèse de Paris, 1889.

Boureau. — Thèse de Paris, 1888.

Despréaux. — Thèse de Paris, 1887.

Chéron. — Gazette des hôpitaux (1er janvier 1881).

Gaillard-Thomas. — Traité clinique des maladies des femmes.

Cornil. — Leçons sur l'anatomie pathologique des métrites, des salpingites et des cancers de l'utérus (1889).

Finkelstein. — Thèse de Paris, 1889.

Caillens. — Thèse de Montpellier, 1892.

Segond. — Rapport sur le traitement des suppurations pelviennes, Congrès de Bruxelles, 1892.

Routier, Segond, Pozzi, Reynier. — Société de chirurgie. Paris, 1890.

Richelot, Championnière. — Société de chirurgie, févr.-mars 1891.

Chéron. — Drainage de la cavité utérine par les voies naturelles.

BATUAUD. — Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes. (Passim).

BATUAUD. — L'influence du traitement des cystites sur les pyelo-néphrites, comparée à celle du traitement de l'endométrite sur les salpingites.

BERLIN. — Du curettage de l'utérus. Paris, 1892.

PICHEVIN. — Gazette des hôpitaux, 1890. (Du curage).

CHÉRON. — La dilatation du canal cervical. Rev. méd. chir. déc. 1885.

CUELLAR. — Thèse de Paris, 1891.

RÉCAMIER. — Travail lu à l'Académie de médecine, février 1843. Annales thérapeutiques, 1846. — Union médicale, 1850.

SCHROEDER. — Maladies des organes génitaux de la femme.

CHÉRON. — Introduction à l'étude des lois générales de l'hypodermie. Paris, 1893.

BATUAUD. — Les hémorrhagies dans le cas de tumeurs fibreuses, etc., Thèse de Paris, 1891.

PAJOT. — Société d'obstétrique, 1886.

POIRIER.

Lille. — Imp. LE BIGOT frères.